Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

Informazioni su questo libro

Si tratta della copia digitale di un libro che per generazioni è stato conservata negli scaffali di una biblioteca prima di essere digitalizzato da Google nell'ambito del progetto volto a rendere disponibili online i libri di tutto il mondo.

Ha sopravvissuto abbastanza per non essere più protetto dai diritti di copyright e diventare di pubblico dominio. Un libro di pubblico dominio è un libro che non è mai stato protetto dal copyright o i cui termini legali di copyright sono scaduti. La classificazione di un libro come di pubblico dominio può variare da paese a paese. I libri di pubblico dominio sono l'anello di congiunzione con il passato, rappresentano un patrimonio storico, culturale e di conoscenza spesso difficile da scoprire.

Commenti, note e altre annotazioni a margine presenti nel volume originale compariranno in questo file, come testimonianza del lungo viaggio percorso dal libro, dall'editore originale alla biblioteca, per giungere fino a te.

Linee guide per l'utilizzo

Google è orgoglioso di essere il partner delle biblioteche per digitalizzare i materiali di pubblico dominio e renderli universalmente disponibili. I libri di pubblico dominio appartengono al pubblico e noi ne siamo solamente i custodi. Tuttavia questo lavoro è oneroso, pertanto, per poter continuare ad offrire questo servizio abbiamo preso alcune iniziative per impedire l'utilizzo illecito da parte di soggetti commerciali, compresa l'imposizione di restrizioni sull'invio di query automatizzate.

Inoltre ti chiediamo di:

+ *Non fare un uso commerciale di questi file* Abbiamo concepito Google Ricerca Libri per l'uso da parte dei singoli utenti privati e ti chiediamo di utilizzare questi file per uso personale e non a fini commerciali.

+ *Non inviare query automatizzate* Non inviare a Google query automatizzate di alcun tipo. Se stai effettuando delle ricerche nel campo della traduzione automatica, del riconoscimento ottico dei caratteri (OCR) o in altri campi dove necessiti di utilizzare grandi quantità di testo, ti invitiamo a contattarci. Incoraggiamo l'uso dei materiali di pubblico dominio per questi scopi e potremmo esserti di aiuto.

+ *Conserva la filigrana* La "filigrana" (watermark) di Google che compare in ciascun file è essenziale per informare gli utenti su questo progetto e aiutarli a trovare materiali aggiuntivi tramite Google Ricerca Libri. Non rimuoverla.

+ *Fanne un uso legale* Indipendentemente dall'utilizzo che ne farai, ricordati che è tua responsabilità accertati di farne un uso legale. Non dare per scontato che, poiché un libro è di pubblico dominio per gli utenti degli Stati Uniti, sia di pubblico dominio anche per gli utenti di altri paesi. I criteri che stabiliscono se un libro è protetto da copyright variano da Paese a Paese e non possiamo offrire indicazioni se un determinato uso del libro è consentito. Non dare per scontato che poiché un libro compare in Google Ricerca Libri ciò significhi che può essere utilizzato in qualsiasi modo e in qualsiasi Paese del mondo. Le sanzioni per le violazioni del copyright possono essere molto severe.

Informazioni su Google Ricerca Libri

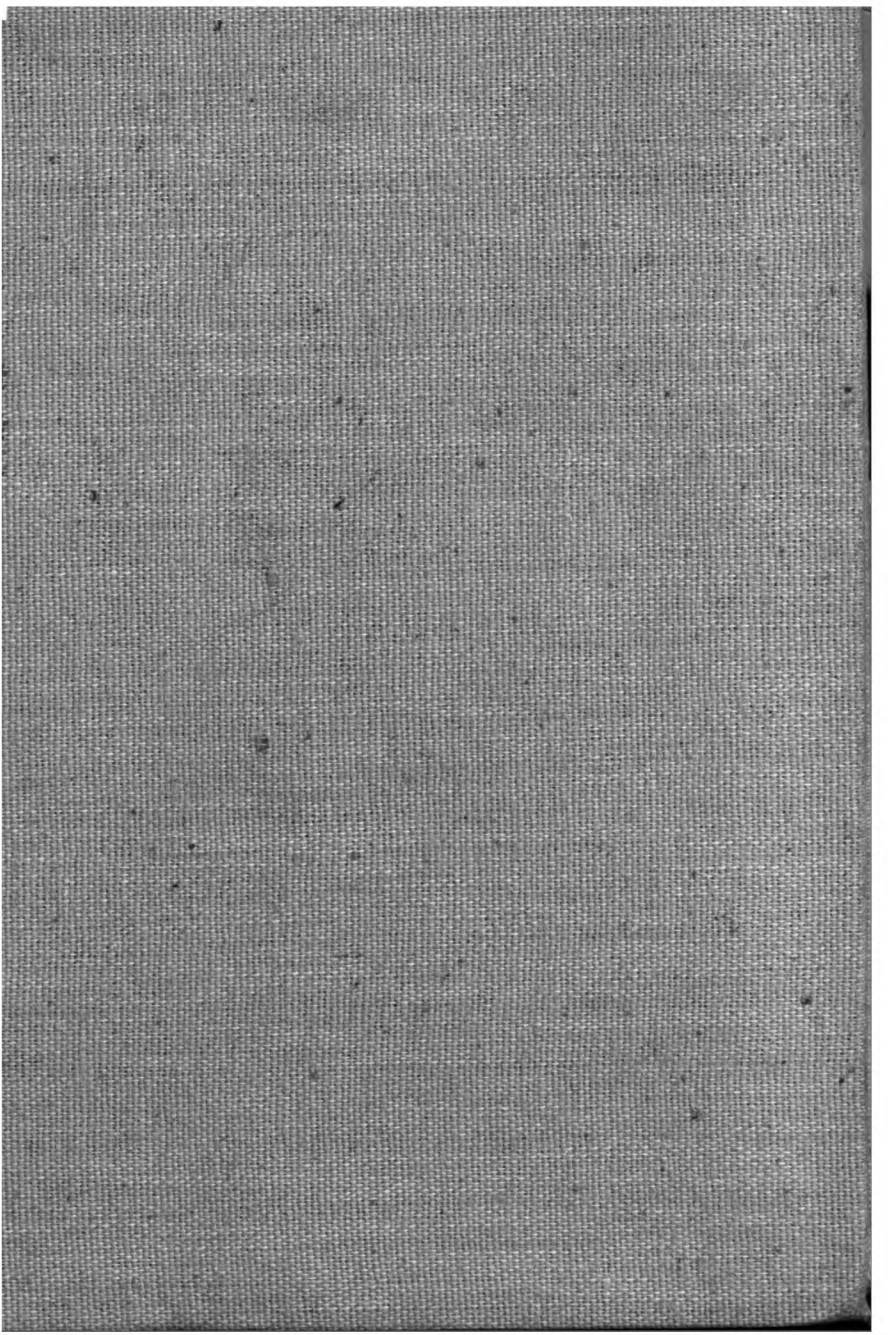
La missione di Google è organizzare le informazioni a livello mondiale e renderle universalmente accessibili e fruibili. Google Ricerca Libri aiuta i lettori a scoprire i libri di tutto il mondo e consente ad autori ed editori di raggiungere un pubblico più ampio. Puoi effettuare una ricerca sul Web nell'intero testo di questo libro da `http://books.google.com`

GIORNALI
DI
PSICHIATRIA
E DI
NEUROPATOLOGIA

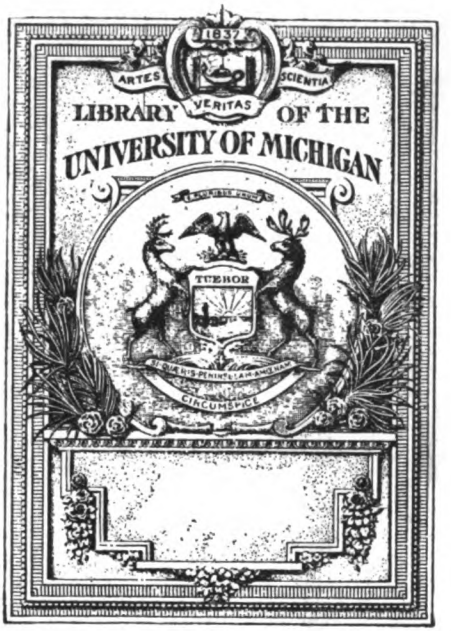
Digitized by Google

GIORNALI
DI
PSICHIATRIA
E DI
NEUROPATOLOGIA

Digitized by Google



Digitized by Google



Digitized by Google

610.5
G49i
P974

Digitized by Google

Digitized by Google

ANNO XXXII. 1904

GIORNALE

DI

PSICHIATRIA CLINICA E TECNICA MANICOMIALE

(Bollettino del Manicomio di Ferrara, fondato dal Prof. C. Bonfigli)

DIRETTORE

Dott. RUGGERO TAMBRONI

Direttore del Manicomio provinciale di Ferrara

REDATTORI

L. CAPPELLETTI

A. ALBERTI - F. MAGGIOTTO

COLLABORATORI

A. D'ORMEA - C. FERRARINI - R. LAMBRANZI

M. LEVI BIANCHINI - G. MUGGIA - G. OBICI - G. PAOLI

A. SALERNI - A. VEDRANI

FERRARA

TIP. DELLO STAB. S. GIORGIO

1905

Digitized by Google

med.

Digitized by Google

INDICE GENERALE

DEL VOLUME XXXII — 1904

MEMORIE ORIGINALI

A. D'Ormea e F. Maggiotto — Ricerche sul ricambio materiale nei dementi precoci — La eliminazione del bleu di metilene e del joduro di potassio per via renale — Prima nota . . . . . *pag.* 1

G. Obici — Intorno ai rapporti fra le « psicosi isteriche » e la « demenza primitiva » . . . . . » 63

F. Maggiotto — Le così dette « stimmate isteriche » e la demenza precoce . . . . . » 93

Prina — Sulla demenza paralitica dell'età avanzata . . . . . » 113

M. Levi Bianchini — Ergoterapia e psicoterapia — Una teoria psicologica sul trattamento degli alienati con i metodi del lavoro . . . » 143

A. Giannelli — Sul servizio sanitario nei manicomi . . . . . » 169

A. D'Ormea e F. Maggiotto — Ricerche sul ricambio materiale nei dementi precoci — Ricerche urologiche — Seconda nota . . . . . » 209

F. Giannuli — Note cliniche sui sintomi della sfera motoria nella tabe . . . . . » 235

A. Salerni — Intorno ai rapporti tra la Frenosi maniaco-depressiva e la Demenza primitiva — Prima nota clinica . . . . . » 297

R. Tambroni e A. D'Ormea — Sopra un caso di microcefalia vera » 313

A. Alberti — Un caso di idiozia mongoloide . . . . . » 335

R. Lambranzi — Per l'autonomia dei medici di sezione o primari dei manicomi — Materialismo storico . . . . . » 349

R. Tambroni e F. Maggiotto — L'isopral come ipnotico e sedativo nei malati di mente . . . . . » 353

421615

Digitized by Google

BIBLIOGRAFIE

Frigerio — Sopra alcune cause di pazzia modernamente più discusse — Prelezione al corse libero di Psichiatria (Tambroni) . . . . . *pag.* 193

Patini e Madia — Contributo clinico e critico allo studio della catatonia (Maggiotto) . . . . . » 194

Masselon — Un cas de forme fruste de démence précoce (Salerni). » 195

Mouratoff — Contribution à l'étude de la démence catatonique (D'Ormea) . . . . . » 196

Pasturel — Vesanie et pyelo-néphrite suppurée (D'Ormea) . . » 197

D'Ormea — Una famiglia coreica — Brevi considerazioni di profilassi individuale (Maggiotto) . . . . . » ivi

Esposito — Sulle malattie mentali famigliari (D'Ormea) . . . » ivi

Montagnini — Un caso di eroinomania (Maggiotto). . . . . » 198

Maggiotto — Un caso di psicosi uremica con sintomi coreiformi (D'Ormea) . . . . . » 199

Tomasini — Sulla psicosi cocainica (D'Ormea) . . . . . » ivi

Guidi e Guerri — Sul ricambio materiale degli epilettici (Maggiotto) . . . . . » ivi

Zanon — La pressione arteriosa nei pellagrosi (D'Ormea). . . » 200

Ingegnieros — Simulación de la locura precedido por un estudio sobre la simulación en la lucha por la vida (Tambroni) . . . . » ivi

Lugaro — Una proposta di terapia chirurgica nella pazzia morale (Salerni) . . . . . » 201

Garbini e Vitali — Sull'azione sedativa ed ipnotica del Veronale nei malati di mente (Alberti) . . . . . » ivi

Antonini e Mariani — Contributo allo studio della sieroterapia nella pellagra (D'Ormea) . . . . . » 203

Bonvecchiato e Colbachini — Relazioni sanitarie per il 1903 dei manicomi di S. Clemeate e di S. Servolo in Venezia, contenute nella relazione del R. Commissario avv. cav. A. Ferrara (Tambroni) . . » 204

Cullerre — Documentes d'outre mer. No-restrait et Open-door — Revue critique (Tambroni) . . . . . » 205

Kraepelin — Introduzione alla Clinica psichiatrica — Traduzione dei dott. Amaldi e Manzoni (Tambroni). . . . . » 371

Bianchi — Trattato di Psichiatria (Tambroni) . . . . . » 372

Tanzi — Trattato delle malattie mentali (D'Ormea) . . . . » 373

Heinicke — Zur Casuistik der Verhaltens der Haare bei Geisteskranken (Maggiotto) . . . . . » 376

Digitized by Google

Meeus — Considérations générales sur la signification clinique de la démence précoce (Alberti) . . . . . *pag.* 377
Marcus — Psychose bei perniciöser Anämie (Maggiotto) . . . » 378
Pasturel — De l'influence des sorties prématurées dans certains états mélancoliques (Alberti) . . . . . » ivi
Kraepelin — Vergleichende Psychiatrie (D'Ormea) . . . . » ivi
Deny — Les démences vesaniques (D'Ormea). . . . . » 379
Jung — Ueber manische Verstimmung (Muggia) . . . . . » 381
Grabe — Ein Fall von episodischer Katatonie bei Paranoia . . . » ivi
Fuchs — Ungewöhnlicher Verlanf bei Katatonie (Muggia). . . » ivi
Hans Schulze — Ueber moral Insanity (Muggia). . . . . » 382
Koenig — Die Aetiologie der einfacben Idiotie vergleichen mit derjenigen der cerebralen Kinderlähmungen (Muggia) . . . . . » 383
Siemerling — Ueber Psychosen nach akuten und chronischen Infektionskrankheiten (Muggia) . . . . . » 384
Meyer — Zur prognostischen Bedeutung der Katatonischen Erscheinungen (Muggia). . . . . » 385
Wende — Ein Fall von traumatischer Psychose (Muggia). . . » 386
Friedmann — Ueber neurasthenische Melancholie (Muggia) . . » ivi
Weigandt — Beitrag zur Lehre von den psychischen Epidemien (Muggia) . . . . . » 387
Gaupp — Zur Frage der Kombinierten Psychosen (Muggia) . . » ivi
Vorster — Ueber hysterische Dämmerzustände und das Vorbeireden (Muggia) . . . . . » 388
Tahier — Stupeur catatonique et stupeur mélancolique (Maggiotto) » 389
Montagnini — Sopra un caso di otoematoma bilaterale in un'alienata (D'Ormea) . . . . . » ivi
Vedrani — Ancora contro la frenosi sensoria (D'Ormea) . . . » 390
Lambranzi — Alcuni casi d'emisteria (D'Ormea) . . . . . » ivi
Hospital — Regrettable insufisance des reinseignements sur les malades internés dans les asiles d'alienés, soit d'office et du moyen d'y rémedier (Alberti) . . . . . » 391
Ludwig — Ueber die Aufläge besonderer Speisesäle in den öffentlichen Irrenanstalten (Muggia) . . . . . » 392

XII Congresso della Società Freniatrica Italiana . . . . . *pag.* 393
Notizie . . . . . *pag.* 207 e » 409
Necrologie. . . . . » 209 e » 411

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

MANICOMIO PROVINCIALE DI FERRARA
Direttore: R. TAMBRONI

Ricerche sul ricambio materiale nei dementi precoci

PRIMA NOTA
La eliminazione del bleu di metilene e del ioduro di potassio per via renale

PEI DOTTORI
ANTONIO D'ORMEA e FERDINANDO MAGGIOTTO

i

La clinica delle malattie nervose e mentali addita due principal vie alla ricerca sperimentale: lo studio del sistema nervoso nella sua più fine struttura e nella sua funzione, e la ricerca degli agenti etero ed auto-tossici che possano agire su di esso per via diretta od indiretta come causa morbigena. In questo secondo campo di indagine quanto è antica la osservazione degli intimi rapporti che spesso legano i disturbi psichici ad uno stato abnorme dell' apparato digerente, altrettanto recente è l' indirizzo scientifico delle ricerche, le quali sono andate via via svolgendosi e perfezionandosi sulla base di quella dottrina delle auto-intossicazioni che in quest' ultimo trentennio ebbe i migliori contributi, dalle prime classiche ricerche di Selmi e Gautier sulle ptomaine, a Bouchard, Brieger, Guareschi, Mosso, Albertoni.

Da allora una valorosa schiera di osservatori ha seguita la via tracciata da questo nuovo indirizzo ricercando quali intimi rapporti collegassero i disturbi nervosi e psichici con le alterazioni del ricambio materiale; noi peraltro non ci soffermeremo a darne il lungo elenco, riportandoci per questo alle accurate e sagaci riviste del Belmondo (1) e del Lambranzi (2). Ci limiteremo solo ad osservare, col Lambranzi stesso, che dai risultati sino ad ora ottenuti, spesso incerti e contraddittorî, noi non ci sentiamo autorizzati ancora ad affermare con Régis e Chevaliér-Lavaure (3) che le psicosi funzionali tengano

(1) Belmondo — Contributo critico e sperimentale allo studio dei rapporti tra le funzioni cerebrali e il ricambio. *Riv. sper. di Fren.* Vol. XXII, pag. 657 - 1896.

(2) Lambranzi — Delle autointossicazioni nella patogenesi delle neurosi e delle psicosi — *Il Manicomio moderno*, A. XIV, pag. 331 - 1898.

(3) Régis et Chevaliér-Lavaure — Sur les maladies mentales dans leurs rapports avec les auto-intoxications. — Comptes rendus de Congrés de Médecine Mentale à la Rochelle - Roût 1893; e *Archiv. de Neurol.* T. XXV, pag. 240 - 1893.

Digitized by Google

per fattore l' autointossicazione, e nemmeno stabilire fra alterato chimismo e malattia nervosa un rapporto di causa ad effetto, senza che ci sorga il dubbio « se l' autointossicazione sia stata l' origine della malattia nervosa funzionale o se sia stata la alterazione primitiva del sistema nervoso che abbia generato per turbamenti nutritivi un secondario processo di autointossicazione », mentre d' altro lato non si può escludere che « l' inquinamento prolungato di quelle sostanze che per ogni speciale lesione nervosa forse assumono una costituzione ed una efficacia diversa non operi sul decorso della malattia nel senso di rendere più evidente, di raffermare, quasi diremmo, di ribadire lo speciale turbamento funzionale formatosi nella cellula nervosa avviandolo così a fatale cronicità ». Siamo quindi di fronte ad una specie di circolo vizioso di cui ancora non ci è dato di conoscere il punto di partenza, e che lascia tuttora fra i quesiti più oscuri della patologia mentale la patogenesi di parecchie forme morbose che l'osservazione clinica ha bensì descritte con ogni più minuto particolare e riunite in gruppi con criteri vari, e spesso discordi, ma per le quali la scienza sperimentale ancora non ha determinato se alla unità riconosciuta dalla clinica corrisponda la unità del processo patogenetico.

Questa indagine analitica che deve spiegarci l' intima natura della malattia, è il necessario coronamento a quel primo periodo di studi che dalla serie dei sintomi organici e dalla osservazione accurata del loro succedersi ed associarsi getta le prime e spesso granitiche basi dell' edificio morboso, e che lanciando un' ipotesi qualunque sulla intima sua natura può orientarci ad un indirizzo di esperimenti.

Così, venendo alla parte speciale da noi presa in esame, vediamo che il Kraepelin dalla descrizione dei sintomi e del decorso di quei quadri morbosi, ch' egli con sintesi geniale ha riuniti nella demenza precoce, risale alla indagine della patogenesi, tuttora oscura e vergine di studi sperimentali, e, con ipotesi forse ardita ma indubbiamente logica, nella quinta edizione del suo trattato pone la nuova forma morbosa nel capitolo delle malattie del ricambio materiale (*Die Stoffwechselerkrankunger* [1]) assieme alle psicosi mixedematose, al cretinismo, alla demenza paralitica. Tale concetto poi più ampiamente sviluppa e determina nella sesta edizione: « La vera e propria essenza della demenza precoce è del tutto oscura. Diffusissimo è il concetto che noi abbiamo a che fare col lento venir meno di una costituzione mentale insufficente. Come un albero le cui radici non trovano più nutrimento nel terreno, così le forze psichiche spariscono tosto che la dote insufficente non ne permette più un ulteriore sviluppo. Ma contro questo

(1) Kraepelin — Psychiatrie, pag. 425 - Leipzig, 1896.

Digitized by Google

concetto si elevano delle importanti considerazioni. Non si può capire perchè un organismo che sino ad ora si è sviluppato per lo più in modo sano, molto spesso anche in modo rigoglioso, debba tutto in una volta senza speciali cause non solo arrestarsi nella sua formazione, ma spesso addirittura rovinare. Anche la gravissima labe morbosa per psicopatia nel padre o nella madre, come esiste nel 18-19 °/₀ dei dementi precoci, non potrebbe spiegare un simile processo. Al contrario noi vediamo nelle psicosi sorgenti notoriamente sul campo della degenerazione ereditaria per regola non il rapido rovinìo psichico come qui, ma per lo più stati morbosi permanenti di sviluppo molto lento, ovvero malattie periodiche. Noi siamo subito spinti da queste considerazioni ad ammettere che qui si deve trattare di un processo morboso materiale nel cervello. In vero anche in casi, relativamente scarsi, che sono stati accuratamente esaminati con mezzi sicuri, si sono potute dimostrare alterazioni che appena comportano una spiegazione divèrsa. Con questo diventa comprensibile quella rovina della psiche spesso così straordinariamente rapida. Noi veniamo con ciò alla conclusione che nella demenza precoce verosimilmente si stabilisce una parziale lesione o annichilimento di cellule corticali, che in singolari casi può ripararsi, ma per lo più porta seco una particolare e permanente alterazione della vita psichica. Per quale processo morboso si produca questo disturbo noi per ora non sappiamo più che nella idiozia e nella epilessia. I reperti corticali fin qui ottenuti parlano per lo più per l' esistenza di una lesione chimica. Per lo stretto rapporto della malattia coll' età di sviluppo, coi disturbi delle mestruazioni, con i fatti della riproduzione, per la mancanza di ogni riconoscibile causa esteriore, vien fatto subito di pensare a una autointossicazione che potrebbe stare in un più stretto o largo rapporto con processi negli organi genitali. In questo senso è istruttiva la esperienza che anche molti idioti ed epilettici presentano nel tempo dello sviluppo genitale un deciso regresso delle loro forze psichiche. Molti casi di malattie ebefreniche in imbecilli corrispondono del tutto a questa esperienza. Con questa presupposizione la frequenza delle disposizioni ereditarie a malattie mentali e la frequenza dei suoi segni somatici e psichici significherebbe solo una diminuita capacità di resistenza contro le vere e proprie cause della malattia. E così si dovrebbe ancora interpretare l'effetto preparatorio di malattie acute e della prigionia ».

Fin qui il Kraepelin (1), e tali concetti, per quanto tuttora ipotetici e bisognosi di prove sperimentali, noi troviamo accettati con

(1) Kraepelin — Psychiatrie, II B., pag. 203-204 - Leipzig, 1899. (Ed anche nella 7ª edizione recentissimamante uscita, è ripetuta la medesima ipotesi circa con le stesse parole).

Digitized by Google

quasi unanime voto da tutti coloro che la nuova forma morbosa hanno accolta e studiata. Così Finzi e Vedrani (1) ammettono che, per la frequente eredità morbosa ed i sintomi di nevrosi che spesso si associano alla demenza precoce, e per la forma irregolarmente periodica che essa di frequente assume, o per il lento suo stabilirsi attraverso periodi acuti, « se non necessariamente, una parte grandissima la giuoca costantemente una disposizione latente, una costituzione morbosamente inclinata a malattie mentali », ma poi aggiungono che « la maggioranza dei sintomi organici ricordati, stanno del resto in favore di una ipotesi già messa avanti e sostenuta dal Kraepelin, quella che la demenza precoce sia una malattia del ricambio. In favore di che sta anche essenzialmente il fatto dei rapporti che essa ha con la vita sessuale, senza che altra causa infettiva, tossica, esauriente vi contribuisca. L'autointossicazione sarebbe prettamente endogena, come sostiene anche a proposito di certe frenosi sorte nel puerperio, l'Hallervorden ».

Weygandt (2) si augura che le ricerche sulla patogenesi della demenza precoce, di cui per ora solo si hanno poche supposizioni, prendano una maggiore estensione, specialmente nel campo istologico, e così riassume le più importanti ipotesi che sino ad ora si sono avanzate: « Da più di una parte, come da Christian, la catatonia è ascritta alle psicosi da esaurimento nel senso di Binswanger, nondimeno noi la riscontriamo spesso in casi nei quali per tutto il tempo della vita questa causa di esaurimento e strapazzo è certamente esclusa. Kraepelin Mucka ed altri ammettono un disturbo del ricambio materiale, una autointossicazione come base della demenza precoce, in quanto che accorderebbe col reperto corticale che ricorda le alterazioni tossiche ».

Tale ipotesi accettano pure Rogues de Fursac (3) e Deny e Roy (4); ed anche il Belmondo (5) accenna come dagli Autori moderni la demenza precoce sia messa in rapporto con alterazioni e deviazioni del processo fisiologico della pubertà: e aggiunge che « il concetto del Kraepelin poi trova una espressione anche più precisa nel fatto, che per esso si viene a ricercare le cause della demenza primitiva in una autointossicazione dell'organismo, in seguito alla deviata funzione ed all'alterata secrezione interna delle ghiandole sessuali ».

---

(1) Finzi e Vedrani — Contributo clinico alla dottrina della demenza precoce. *Rivista sper. di Freniatria* Vol. XXV, Fasc. I - II: 1899.

(2) Weygandt — Atlas u. Grundriss der Psychiatrie, pag. 455 - München, 1902.

(3) Rogues de Fursac — Manuel de Psychiatrie, pag. 189 - Paris, 1903.

(4) Deny et Roy — La Démence précoce, pag. 87 - Paris, 1903.

(5) Belmondo — Le Malattie mentali, pag. 134 - Estratto dal Trattato di patologia interna diretto dal Prof. A. De Giovanni - Milano.

Digitized by Google

Il Tanzi (1) invece discutendo la classificazione del Kraepelin scrive: « Quanto al gruppo delle malattie mentali da alterato ricambio chimico esso è giustificato per il mixedema e il cretinismo, ma non altrettanto per la demenza precoce la cui origine è oscura e forse ereditaria, la cui sindrone è mobile, i cui esiti sono varî ».

È quindi un problema tuttora incerto ed oscuro quello che noi ci troviamo innanzi, e alla cui soluzione le ricerche sperimentali debbono indirizzarsi, seguendo da un lato lo studio accurato del cervello a fine di scoprirvi quelle lesioni che corrispondano ai sintomi permanenti della malattia, e dall' altro in quelle ricerche nel ricambio chimico che possano portare maggior luce sui rapporti fra l' alterata sua funzione e il complesso quadro nosologico che la osservazione clinica ci presenta.

E in quest' ultimo campo per questa forma morbosa sinora quasi del tutto inesplorato (2), che potrà forse darci risultati brillanti o disillusioni profonde, deve l' attività degli studiosi esser rivolta con la convinzione che ogni contributo per quanto modesto, purchè sereno e coscienzioso, porterà pur sempre il suo spiraglio di luce nella completa oscurità che ora ci circonda. Proseguendo costanti nel cammino, senza preconcetti e preoccupazioni, « frattanto, come dice il Belmondo (3), guardiamoci dall' ipotecare l' avvenire, coll' erigere teorie su fatti incerti, su risultati poco chiari: meglio per ora perfezionare i nostri metodi di ricerche, studiarne dei nuovi e accumulare materiali ben vagliati, nascondendo del resto la nostra impaziente aspettativa di una sintesi scientifica dietro le fitte cortine di un prudente - *ignoramus* - ».

***

Nel vasto campo di studio del ricambio materiale noi abbiamo ora limitate le nostre ricerche alla urina, che presentando il più importante emuntorio dell' organismo naturalmente per prima s' imponeva alla nostra attenzione. E prima ancora di entrare nell' esame dei suoi componenti abbiamo stimato utile praticare ricerche su alcune di quelle sostanze che introdotte nell' organismo si eliminano principalmente per la via renale, e dànno quindi un indice della attività del ricambio.

(1) Tanzi — Trattato delle malattie mentali, pag. 250 - Milano, 1904.

(2) Recentemente Dide e Chévais hanno pubblicato alcune ricerche urologiche ed ematologiche nella demenza precoce (*Annales Médico-Psychologiques*, 1902) cui noi più estesamente accenneremo nella seconda parte di questo nostro studio, trattando appunto dei componenti dell' urina nei dementi precoci.

(3) Belmondo — l. c. pag. 717.

Digitized by Google

A tal fine abbiamo condotto le esperienze sulla eliminazione per l'urina del bleu di metilene e del ioduro potassico, dando però al primo la preferenza nella maggioranza dei casi, per la maggiore facilità e sicurezza che esso offre tanto nel modo di somministrazione quanto nella successiva sua ricerca nelle urine. Ciò che ci è parso assai importante, specialmente dovendo operare su malati di mente che per la poca docilità e ragionevolezza male si prestano ad indagini molto laboriose e che richiedono una esattezza assai più scrupolosa, come è ad esempio per il IK, che per la enorme sua diffusibilità e per la facile alterabilità, specialmente in presenza di quelle turbe gastro-enteriche pur tanto frequenti negli alienati, mal si presta ad una serie di esperienze fatte su larga scala, e può presentare cause di errore che facilmente sfuggono anche al più attento sperimentatore.

Per tali ragioni mentre abbiamo esteso il primo gruppo di ricerche a tutti i 30 malati da noi presi in esame, nella seconda serie invece ne abbiamo limitato assai il numero scegliendo quelli che al tipico quadro morboso univano peraltro tale docilità da poter dare il più serio affidamento sui risultati delle ricerche praticate.

I. — ELIMAZIONE DEL BLEU DI METILENE

I primi studî completi sulla eliminazione del bleu di metilene per via renale si debbono ad Achard e Castaigne (1) i quali, seguendo l'indirizzo tentato invano da numerosi osservatori sino dal principio del secolo scorso, vollero così dimostrare come il bleu di metilene possa riuscire un utilissimo elemento diagnostico della funzionalità renale. Secondo le ricerche di questi autori negli individui normali, la eliminazione ha un andamento diverso che nei casi patologici; nei primi presenta i seguenti caratteri:

1.° Il principio della eliminazione del bleu e del suo leuco derivato (cromogeno) si ha nella prima ora dalla iniezione; il cromogeno deve precedere il bleu di poco tempo.

2.° La durata della eliminazione oscilla fra le 35 e le 60 ore.

3.° La massima intensità di colorazione si ha dopo 4-5 ore.

4.° Il ritmo è continuo ciclico, vale a dire la tinta che prende l'orina di volta in volta emessa è gradatamente più intensa fino a

(1) Achard et Castaigne — Diagnostic de la perméabilité rénale — *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux*, mai et juin 1897.

Achard et Castaigne — Perméabilité rénale et composition des urines, ecc. *Soc. Méd. des Hôpitaux*, 14 Janvier 1898.

Digitized by Google

che dopo un massimo di intensità la colorazione regolarmente diminuisce.

Il tipo di eliminazione patologica invece, si può ridurre alle tre forme seguenti:

1.ª *Eliminazione dissociata*: il cromogeno compare nei limiti di tempo normale e il bleu ritarda di molto.

2.ª *Ritmo policiclico continuo*: le tinte subiscono delle alternative di sbiadimento e di rinforzo.

3.ª *Ritmo policiclico discontinuo*: l'eliminazione si interrompe completamente per qualche tempo, per riprendere in seguito.

Il principio sostenuto da Achard e Castaigne fu accettato e seguito da numerosi altri osservatori non sempre però fra loro concordi nelle conclusioni, e di cui alcuni, come Bard (1) e Bourg (2), giunsero a sostenere che col bleu di metilene, non solo si potesse diagnosticare la lesione renale, ma persino precisarne la modalità e natura.

Contro questi concetti, ammettendo i quali, come dice il Devoto (3), « equivale a distruggere tutto ciò che la fisiologia e la quotidiana osservazione clinica vanno conquistando da anni », vennero numerosi e brillanti studî di Noè (4), Devoto (5), Muggia (6), Grego (7), Nesti (8), Benini (9) ed altri, che, dando alla eliminazione del bleu di metilene il suo vero valore, hanno ormai risolta la questione sia dal lato clinico che da quello anatomo-patologico e sperimentale; sicchè oggi noi possiamo ritenere che i ritardi e le variazioni che si notano nella eliminazione del bleu, non solo nelle diverse malattie, ma ancora da individuo ad individuo, non siano indici di lesa funzione dei reni, ai quali la sostanza arriva indubbiamente alterata da quelle trasformazioni chimiche che subisce nell'organismo, ma debbano piuttosto mettersi in rapporto

---

(1) Bard — De l'excés de perméabilité rénale dans les néphrites épithéliales — *Gaz. hebd.* 27 mai 1897.

(2) Bourg — Essai sur le diagnostic de la perméabilité rénale par le bleu de méthylène. Thése de Paris 23 Juillet 1897.

(3) Devoto — Funzioni renali e permeabilità renale studiate col bleu di metilene — *Gazzetta degli Ospedali* N. 40, 1898.

(4) Noè — Diagnostic de la perméabilité rénale — *La Presse Médicale* 1897.

(5) Devoto — l. c.

(6) Muggia — Sulla diagnosi della permeabilità renale nei bambini. *Gazz. Med. di Torino*, febbraio 1898.

(7) Grego — Tesi di laurea — Genova, luglio 1898.

(8) Nesti — Sulla diagnosi della permeabilità renale colle iniezioni di bleu di metilene — *Settimana medica dello Sperimentale*, 1898.

(9) Benini — Saggio della permeabilità renale con il bleu di metilene — *Atti del IX Congresso di Medicina interna.* Torino, ottobre 1898.

Digitized by Google

con tutte le complesse funzioni del ricambio chimico e con l'azione del sistema nervoso, cui indubbiamente sono assai intimamente legate.

Con questo principale obbiettivo si sono successivamente moltiplicate le ricerche di tale eliminazione così nel campo clinico come in quello sperimentale. Chauffard e Castaigne (1) osservarono l'eliminazione intermittente del bleu in malattie epatiche; Milian (2) ha studiato l'andamento della eliminazione tanto negli individui sani che malati; Ferrarini (3) ha fatto esperimenti su gli uomini sani e nefritici, e su animali sani e resi nefritici con cantaridina; Fornario (4) in casi di malaria e di diabete insipido; Mattirolo (5) in varie forme di lesioni epatiche.

E anche nel campo della patologia mentale abbiamo studi altrettanto interessanti. Féré (6) ha osservato negli epilettici un notevole acceleramento nella elimazione del bleu di metilene allorchè la sostanza è stata iniettata durante l'accesso o poco tempo dopo, fatto che egli attribuisce alla paralisi vaso-motoria che sussegue alle contrazioni tonico-cloniche e che ravvicina alla poliuria postparossistica, considerandolo cioè come un fenomeno di esaurimento nervoso. A distanza dagli attacchi, l'eliminazione è al contrario più lenta che nei soggetti normali.

Voisin e Mauté (7), seguendo il metodo di Achard e Castaigne, fecero pure ricerche negli epilettici, tanto in istato di male quanto in periodo di sosta della malattia, ed osservarono un ritardo nell'inizio della eliminazione ed un prolungamento nella durata.

Bodoni (8) ha sottoposto all'esperienza undici malati, scelti nelle seguenti forme morbose: malinconia semplice, attonita ed ansiosa; mania semplice e con furore; paralisi progressiva generale nei tre stadî; frenosi puerperale nel periodo acuto e di convalescenza; frenosi alcoolica in via di guarigione. Dalle accurate sue osservazioni l'A., che però

---

(1) Chauffard et Castaigne — Valeur semiologique de l'épreuve par le bleu de méthylène chez les hépatiques — *Semaine médicale*, 1898.

(2) Milian — Ricerche della permeabilità renale con il bleu di metilene — *La Presse Médicale* N. 7, 1899.

(3) Ferrarini — A proposito della permeabilità renale saggiata col bleu di metilene — *La Clinica Moderna*, 1900.

(4) Fornario — Sulla funzionalità renale e ricambio materiale — *Il Policlinico* Sez. Medica Vol. VIII, 1901.

(5) Mattirolo — La eliminazione intermittente del bleu di metilene negli epatici — *Giorn. della R. Accad. Med. di Torino*, 1902.

(6) Féré — Les épilepsies et les épileptiques. Paris, 1890.

(7) Voisin et Mauté — Note sur l'élimination du bleu de méthylène chez les épileptiques. — *Archives de Neurologie*, 1898.

(8) Bodoni — Del passaggio del bleu di metilene in varie forme di psicosi — *Riv. sper. di Freniatria*, 1899.

Digitized by Google

per ogni forma morbosa ha studiato un solo individuo, trae numerose e interessanti conclusioni le quali confermano la varia modalità e durata di eliminazione del bleu di metilene nelle diverse forme di psicosi e secondo il momento del processo morboso; così nella paralisi progressiva la eliminazione che è durata sole 75 ore nel secondo stadio e 95 nel primo, si è prolungata per 152 ore nel terzo.

Nè tali oscillazioni crede possano rappresentare un controllo di alterazioni renali più di quanto lo possano fare negli altri infermi e negli individui sani; e afferma che il ritardo nella eliminazione del bleu e del suo leucoderivato è dovuto ad un perturbamento generale del potere assorbente dei tessuti, dato da un complesso di fattori che variano a seconda delle condizioni fisio-patologiche dell' organismo.

R. Bonfigli (1) ha studiato la eliminazione del bleu di metilene in uomini affetti da epilessia, isteria, paranoia cronica, confusione allucinatoria e malinconia, osservando in tutti, ad eccezione che nei paranoici cronici, una maggior lunghezza nel tempo di eliminazione ed una curva con qualche interruzione; solo in 4 epilettici, su 12, nel periodo intervallare ha ottenuto una curva policiclica continua come nei paranoici cronici e nei normali; però l' A. considera come tali individui alcoolizzati nei quali i disordini prodotti dall' alcool erano da molto tempo completamente scomparsi.

Sotgia (2) ha pure saggiata la permeabilità renale al bleu di metilene negli epilettici constatando che la durata del tempo di eliminazione è incostante, dalle 24 alle 72 ore (?), e che un solo fattore è fedele, cioè la prima comparsa del bleu nelle orine circa mezz' ora dopo la iniezione.

Il Dott. Andreetta (3) nella sua tesi di laurea (inedita e a noi cortesemente favorita in esame) ha eseguite, per consiglio del Prof. Belmondo, numerose ed accurate ricerche sulla eliminazione del IK e del bleu di metilene in varie forme di psicosi. In queste ultime, seguendo la tecnica di Achard e Castaigne di cui pure accettò le conclusioni su la eliminazione del bleu negli individui normali, ha osservato che mentre l' inizio della eliminazione suole aversi in tempo normale (eccettuati due casi l' uno di epilessia e l' altro di demenza paralitica in istato stuporoso), il massimo di colorazione si ha con notevole ritardo,

(1) R. Bonfigli — Sulla eliminazione del bleu di metilene nell' epilessia, nell' isterismo ed in alcune forme mentali — *Riv. sper. di Freniatria*, 1899.

(2) Sotgia — Permeabilità renale al bleu di metilene negli epilettici — *Annali di Freniatria*, 1901.

(3) Andreetta — Ricerche sull' eliminazione dell' ioduro di potassio e del bleu di metilene in varie forme di psicosi — Tesi di laurea — R. Università di Padova, Luglio 1902.

Digitized by Google

e la durata della eliminazione suole essere assai prolungata; solo in un caso di epilessia, subito dopo l'attacco, e nello stato maniaco della demenza paralitica notò un relativo acceleramento; il tipo di eliminazione fu quasi costantemente dissociata.

***

Questi studi, come facilmente si vede, piuttosto che risolvere, delineano il problema, il quale potrà avere una soddisfacente interpretazione solo da ulteriori ricerche ricche per numero, rigorose per metodo ed estese piuttosto che a pochi infermi per ognuna delle tante forme morbose, a molti malati di una sola psicosi, sì da poterne ottenere risultati più certi e dimostrativi. Con tali criteri ogni nuovo contributo, per quanto modesto, non potrà riescire che utile.

Nel passare ad esporre le esperienze da noi eseguite e i risultati ottenuti faremo precedere una sommaria descrizione del metodo seguìto per le ricerche.

METODO DELLE RICERCHE

Nel condurre le nostre ricerche due considerazioni specialmente abbiamo seguito: l'una di mantenere tutti gl'infermi in condizioni di esperimento il più possibilmente uniforme, non solo per il regime di vita ma ancora nella regolare periodicità dei ripetuti esami; l'altra di studiare tale numero di malati da poter avere la maggiore garanzia possibile che nella media dei risultati scomparissero tutte quelle variazioni attribuibili a fattori individuali, affinchè risaltasse con maggiore chiarezza e precisione solo la eventuale influenza della speciale forma morbosa su l'andamento dell'esperienza.

Abbiamo quindi fatto le nostre ricerche su 30 infermi, 15 uomini e 15 donne, scegliendone 10 per ognuna delle tre forme della demenza precoce: ebefrenica, catatonica e paranoide; e per ciascuna di esse rispettivamente 5 uomini e 5 donne. Tutti gli infermi da noi studiati presentavano il quadro tipico della malattia mentale, ed erano in ottime condizioni di salute fisica. Quanto all'età degli infermi e alla durata della forma morbosa, la scala è quasi completa: dal giovane, malato da pochi mesi, si sale sino al vecchio, demente da oltre trent'anni.

Nel giorno precedente all'esperienza veniva raccolta di ogni malato l'orina delle 24 ore che poi era accuratamente esaminata, allo scopo di stabilire l'integrità della funzione renale. Il bleu di metilene, purissimo cristallizzato di zinco della casa Merck, era somministrato ad ora costante per tutti gli infermi, e per mezzo di iniezione intramuscolare nella regione glutea, alla dose di 5 cgr. disciolti in 1 gr. di

Digitized by Google

acqua distillata e sterilizzata, e previo completo svuotamento della vescica del paziente.

Dopo l' iniezione, l' urina del malato veniva raccolta ed esaminata di mezz' ora in mezz' ora per le prime 8 ore e successivamente ogni quattro ore sì di giorno che di notte, sino a 12 ore dopo la completa scomparsa dell' eliminazione del bleu. L' esame delle urine era fatto sì a freddo che a caldo. A freddo, oltre l' osservazione della colorazione praticata il più possibilmente subito dopo l' emissione dell' urina, essa veniva trattata con cloroformio e fortemente sbattuta, allo scopo di precipitare il bleu disciolto nel cloroformio stesso. e di metterne così in evidenza anche le minime quantità. Con l' ebollizione, previa aggiunta di acido acetico, si rivelava la presenza del cromogeno.

Negli esami abbiamo così graduata la intensità di colorazione dell' urina: 1 color giallo-verde, 2 color verde-chiaro, 3 color verde, 4 color verde-bleu o verde cupo: alla quale scala nelle reazioni del cromogeno e del bleu al cloroformio corrispondeva la seguente: 1 reazione accennata, 2 reazione discreta, 3 reazione evidente, 4 reazione intensa.

Nella prima giornata di esperienza, gli infermi erano tenuti in letto, poi si lasciavano al loro abituale sistema di vita, sorvegliando però che la minzione non si compiesse che nelle ore determinate.

Nei pochi casi in cui la urinazione spontanea non si poteva ottenere, si è ricorso al cateterismo ripetuto.

Gli infermi furono pure lasciati al loro vitto abituale consistente in tre pasti quotidiani così distribuiti: ore 8 colazione (latte dl. 2, pane gr. 150), ore 12 desinare (minestra in brodo od asciutta gr. 90, carne gr. 70, pane gr. 200, vino 1 dl.), ore 17 cena (carne o formaggio o legumi gr. 50 circa, pane gr. 150, vino 1 dl.).

RISULTATI

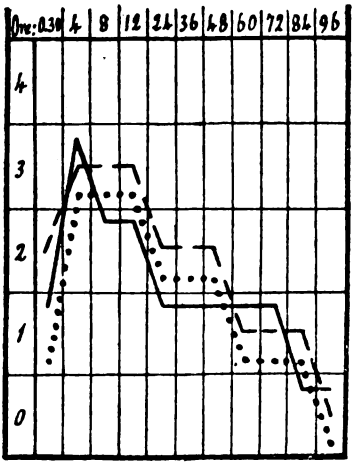
1. — *Negli individui normali*

Per quanto i risultati ottenuti da Achard e Castaigne nelle ricerche sulla eliminazione del bleu di metilene negli individui normali sieno stati pienamente accettati, ed anche confermati dalla maggior parte dei successivi sperimentatori, noi abbiamo creduto oppurtuno far precedere alle nostre esperienze sui dementi precoci, alcune ricerche anche su persone sane che per ambiente, sistema di vita e di alimentazione si trovassero in condizioni il più possibilmente simili a quelle degli infermi da noi presi in esame affinchè il confronto riuscisse più perfetto ed efficace. A tal fine abbiamo praticata l' iniezione del bleu di metilene in 10 individui, 5 uomini e 5 donne, scelti fra i più sani

Digitized by Google

e robusti dei nostri infermieri, pei quali si seguì lo stesso metodo di ricerca praticata per gli infermi, con la sola differenza che durante tutto il periodo di esperienza essi furono lasciati alle loro abituali occupazioni; non trascurando però di trattenerne qualcuno in assoluto riposo sino a che la eliminazione non si fosse iniziata e proseguita già da un pò di tempo, allo scopo di accertarci che ciò non apportasse variazioni apprezzabili nell' andamento della esperienza stessa e sopratutto appunto nel tempo d' inizio della eliminazione.

La linea di eliminazione ottenuta in questo gruppo presenta il ritmo policiclico continuo come ebbe Bonfigli (1), e quale fu osservato, in seguito alla somministrazione del bleu per bocca, da Czylharz e Donath (2) e da Müller (3), fatto che non può quindi attribuirsi, come vorrebbero Castaigne e Bender (4), alla assunzione del bleu per via orale. Quanto alla durata essa fu di un po' inferiore a quella già osservata da Achard e Castaigne, avvicinandosi piuttosto ai risultati di Czylharz e Donath e di Müller; è pure degno di nota un maggior prolungarsi dell' eliminazione nelle donne in confronto agli uomini.



TRACCIATO 1.

Eliminazione del bleu di metilene negli individui normali

——— colore dell' urina (1 giallo-verde; 2 verde-chiaro; 3 verde; 4 verde-cupo)

— — — reazione del Cromogeno } 1 accennata; 3 evidente;

..... reazione del bleu al $CHCl_3$ } 2 discreta; 4 intensa.

(1) Bonfigli. - l. c.

(2) Czylharz und Donath. - *Wiener klinische Wochenschrift* 1899.

(3) Müller. - *Deutsches Archiv für klinische Medicin* Bd. LXIII.

(4) Castaigne et Bender. - *Gazette des hôpitaux* Num. 89. 1901 — ***La Riforma Medica*** Vol. III. 1901.

Digitized by Google

Nella seguente tabella sono riassunti i risultati di queste esperienze il cui andamento complessivo appare in modo ancora più chiaro dal tracciato, nel quale peraltro la linea, condotta a più lunghi intervalli, ha perduto l' andamento policiclico che invece appare dalla tabella.

Digitized by Google

TABELLA I.

Media delle Osservazioni sulla Eliminazione del bleu di metilene negli individui normali

N. delle ore dopo l'iniezione	Uomini (N. 5)			Donne (N. 5)			Uomini e Donne (N. 10)			*Osservaz.*
	colore dell'urina	reazione del cromogeno	reazione del bleu al $CHCl_3$	colore dell'urina	reazione del cromogeno	reazione del bleu al $CHCl_3$	colore dell'urina	reazione del cromogeno	reazione del bleu al $CHCl_3$	
0 30	giallo-verde	accennata	nulla	verde-chiar.	evidente	evidente	giallo-verde	discreta	accennata	colazione
1 30	verde-chiar.	evidente	discreta	"	intensa	intensa	verde chiar.	evidente	evidente	
2 30	"	id.	"	verde	id.	id.	"	id.	id.	
3 30	"	discreta	evidente	id.	id.	id.	"	id.	id.	
3 30	"	evidente	"	id.	id.	evidente	"	id.	id.	
4 30	"	id.	evidente	id.	id.	intensa	verde	id.	id.	
4 30	"	id.	discreta	id.	id.	id.	id.	id.	id.	desinare
5 30	"	id.	evidente	verde-chiar.	evidente	evidente	id.	id.	id.	
6 30	"	id.	id.	"	intensa	intensa	id.	id.	id.	
7 30	verde	id.	id.	"	evidente	evidente	id.	id.	id.	
8	id.	id.	id.	"	"	"	id.	id.	id.	
12	verde-chiar.	id.	discreta	"	"	discreta	verdechiaro	id.	discreta	
16	"	id.	evidente	verde	discreta	evidente	"	id.	evidente	cena
20	"	id.	id.	verde-chiar.	evidente	"	"	id.	id.	
24	giallo-verde	discreta	discreta	giallo-verde	discreta	intensa	"	id.	id.	
28	"	"	"	verde-chiar.	evidente	discreta	giallo-verde	discreta	discreta	colazione
32	"	accennata	accennata	giallo-verde	"	evidente	verde-chiar.	"	"	desinare
36	"	discreta	discreta	"	discreta	discreta	giallo-verde	"	"	
40	"	"	accennata	"	"	"	"	"	"	cena
44	"	accennata	"	"	"	"	"	"	"	
48	"	"	"	"	"	"	"	accennata	accennata	
52	"	"	"	"	"	accennata	"	discreta	discreta	colazione
56	"	"	"	"	accennata	"	"	discreta	accennata	desinare
60	"	"	"	"	"	discreta	"	accennata	"	
64	normale	"	"	"	discreta	accennata	"	"	"	cena
68	"	"	"	"	"	"	"	"	"	
72	"	nulla	nulla	"	"	"	"	"	"	
76	"	"	"	"	accennata	"	"	"	"	colazione
80	"	"	"	"	"	"	"	"	"	desiuare
84	"	"	"	"	"	"	"	"	"	
88	"	"	"	"	"	"	"	"	"	cena
92	"	"	"	"	"	"	"	"	"	
96	"	"	"	"	"	"	normale	"	nulla	
100	"	"	"	normale	"	nulla	"	nulla	"	colazionc
104	"	"	"	"	nulla	"	"	"	"	desinare
108	"	"	"	"	"	"	"	"	"	cena

Digitized by Google

2. — *Nei dementi precoci*

Per rendere più chiara la esposizione delle esperienze e dei risultati ottenuti nei singoli infermi, li divideremo in tre categorie corrispondenti alle tre forme della demenza precoce, ed in ciascun gruppo faremo precedere le osservazioni che si riferiscono agli uomini, raggruppando poi in una tabella riassuntiva i risultati di tutte le osservazioni fatte.

Riserveremo per la fine le conclusioni ed alcune considerazioni sui risultati complessivi.

A — Ebefrenici.

a) *Uomini.*

Osservazione N. I. - P. Francesco (Cart. N. 3092) d'anni 26 celibe, muratore. Una sorella morta per spondilite tubercolare. L'infermo ammalò a 21 anni con lento cambiamento del carattere, indebolimento fisico e psichico, cefalea, insonnia, cui succedettero allucinazioni, idee deliranti, discorsi caotici e grave agitazione psico-motoria con tendenza suicida. Nel giugno 1898 fu perciò condotto al manicomio. Ora è tranquillo, laboriosissimo, assai disordinato nella persona, presenta deficente affettuosità, memoria conservata, insalate di parole, stereotipia, ecolalia. Fisicamente sta bene.

Diario dell' esperienza. (9-10-1903) L'infermo è assai inquieto e malvolentieri si assoggetta alle ricerche, la minzione però è spontanea. Nulla a carico degli organi della vita vegetativa; peso del corpo Cg. 52 p. 64, r. 16, t. 36.° Urine cc. 1600 giallo-citrine, lievemente torbide per urati, ps. 1017 reaz. acida: albumina, glucosio, pigmenti biliari, indaco assenti. Sedimento con scarso numero di cristalli di urato di sodio.

RISULTATI DELL' ESPERIENZA

Esami dell' urina	Tempo di eliminazione del bleu di metilene (Tipo: policiclico continuo — Eliminaz. dissociata)		
	Inizio	Massimi	Durata totale
I colorazione dell' urina	ore 1,30' dopo l'iniez.?	ore 30 dopo l' iniez:	ore 54
I reazione del cromogeno	ore 0,30' dopo l'iniez:	ore 5,30'-8 dopo l'iniez:	ore 74
III reazione del bleu al $CHCl_3$	ore 2 30' dopo l'iniez:	ore 30 dopo l' iniez:	ore 54

Digitized by Google

Osservazione N. II. - B. Gino (Cart. N. 3125) d'anni 27 celibe, ragioniere. Eredità neuropatica. L' infermo di carattere piuttosto triste ed ipobulico, ammalò a 22 anni durante il servizio militare con fenomeni di tristezza, idee deliranti, allucinazioni e talvolta agitazione psico-motoria, atti impulsivi, tendenza al suicidio. Presentemente manifesta uno spiccato indebolimento mentale, mutacismo quasi assoluto, stereotipia, inaffettività, impulsi motori. Condizioni fisiche buonissime.

Diario dell' esperienza. (20-10-1903) L' infermo è tranquillo, apatico, non si presta alla minzione spontanea e si deve quindi ricorrere al cateterismo. Nulla a carico degli organi della vita vegetativa: peso del corpo Cg. 56, p. 80, r. 19, t. 36°3.

Urine: cc. 1200 (?) giallo-chiare, trasparenti, ps. 1009, reaz. debolmente acida. Albumina, glucosio, pigmenti biliari e indacano assenti.

RISULTATI DELL' ESPERIENZA

Esami dell' urina	Tempo di eliminazione del bleu di metilene (Tipo policiclico discontinuo - Eliminaz. dissociata)		
	Inizio	Massimi	Durata totale
I colorazione dell' urina	ore 3 dopo l' iniez:	ore 10-26 dopo l'iniez: » 46 »	ore 106
II reazione del cromogeno	ore 0,30' dopo l' iniez:	ore 3 dopo l' iniez: » 9-46 »	ore 106
III reazione del bleu al $CHCl_3$	ore 3 dopo l' iniez;	ore 10-46 dopo l' iniez:	ore 102

Osservazione N. III. - D. Mario (Cart. N. 2396) d'anni 35, celibe, pittore. Gravissima labe ereditaria similare e neuropatica. L' infermo da ragazzo presentò un eccezionale sviluppo dell' intelligenza sì da essere giudicato un *enfant prodige*: ha sofferto di dolori articolari e di malattie veneree, sembra contrasse sifilide. In seguito a ciò, incominciò a farsi triste, pensieroso e a manifestare idee ipocondriache e di rovina, divenne ipobulico, trascurato e diffidente. Ammesso al manicomio nel maggio del 1892, le sue condizioni

Digitized by Google

psichiche sono andate continuamente peggiorando a tal grado che ora presenta uno stato di gravissima demenza con distruzione completa di ogni affettività e di ogni cognizione: non pronuncia che parole inarticolate, ha lieve stereotipia, atti impulsivi. Condizioni fisiche buone.

Diario dell' esperienza (30-10-1903). L' infermo è tranquillo e docile. Negativo l' esame somatico: peso del corpo Cg. 81, p. 80, r. 28, t. 36°. Urine cc. 650 (?) gialle trasparenti ps. 1020, reaz. debolmente acida - albumina, glucosio, pigmenti biliari e indacano assenti.

RISULTATI DELL' ESPERIENZA

Esami dell' urina	Tempo di eliminazione del bleu di metilene (Tipo: policiclico discontinuo - Eliminaz: dissociata)		
	Inizio	Massimi	Durata totale
I colorazione dell' urina	ore 2 30' dopo l'iniez:	ore 14-18 dopo l'iniez:	ore 106
II reazione del cromogeno	ore 0,30' dopo l'iniez:	ore 5 dopo l' iniez: » 7,30'-18 »	ore 106
III reazione del bleu al $CHCl_3$	ore 2,30' dopo l'iniez:	ore 10-18 dopo l'iniez:	ore 102

Osservazione N. IV. - M. Antonio (Cart. N. 1935) d'anni 40, celibe, carrettiere. Padre di carattere bizzarro. A 24 anni, l' infermo dopo un breve periodo prodromico in cui presentava insonnia, stranezza di carattere, ipobulia e senso di generale benessere, una notte fu colto improvvisamente da un accesso di agitazione psico-motoria con forte confusione mentale, atti di violenza ed oscenità. Nel dicembre 1887 fu in tali condizioni rinchiuso nel manicomio. Ora è sempre allucinato, assai indebolito di mente, confuso, impulsivo, stereotipato negli atti e nei discorsi, inaffettività assoluta. Condizioni fisiche buone.

Diario dell' esperienza. (3-11-1903) L' infermo è tranquillo ed abbastanza docile. Nulla a carico degli organi della vita vegetativa; peso del corpo Cg. 60, p. 80, r. 19, t. 36° - Urine cc. 1200 giallo pallide, limpide, ps. 1012, reaz. acida - albumina, glucosio, pigmenti biliari assenti - Negativa la reazione dell' indaco.

Digitized by Google

RISULTATI DELL' ESPERIENZA

Esami dell' urina	Tempo di eliminazione del bleu di metilene (Tipo: policiclico discontinuo - Eliminaz. dissociata)		
	Inizio	Massimi	Durata totale
I colorazione dell' urina	ore 1,30' dopo l'iniez:	ore 14-18 dopo l'iniez: » 26-30 »	ore 106
II reazione del cromogeno	ore 0,30' dopo l'iniez:	ore 7 dopo l' iniez: » 14-18 » » 26 »	ore 110
III reazione del bleu al $CHCl_3$	ore 4 dopo l' iniez:	ore 18 dopo l' iniez:	ore 106

Osservazione N. V. - M. Vittorio (Cart. N. 2891) d'anni 44, celibe, impiegato. Grave labe ereditaria nervosa e similare. L' infermo nella prima gioventù sofferse di qualche raro accesso convulsivo determinato da stati emotivi. A circa 30 anni ebbe un accesso di alienazione mentale a forma melanconica, che fu curato a domicilio. Dopo qualche anno ammalò di nuovo con allucinazioni ed idee deliranti di rovina e di persecuzione, tendenza al suicidio, insonnia, sitofobia, confusione mentale. È al manicomio dall' ottobre 1896. Ora presenta un gravissimo indebolimento mentale, stereotipia, manierismi, ecolalia, ed ecoprassia, inaffettività assoluta, contegno eccessivamente disordinato, soffre di scialorrea. Condizioni fisiche buonissime.

Diario dell' esperienza - (6-10-1903). L' infermo è tranquillo. Nulla a carico degli organi della vita vegetativa: peso del corpo Cg. 66, p. 96. r. 24 t. 37°. Urine cc. 350 (?) giallo-intenso trasparenti, ps. 1029, reaz. acida, albumina, glucosio, pigmenti biliari assenti, negativa la reazione dell' indaco.

Digitized by Google

RISULTATI DELL' ESPERIENZA

Esami dell' urina	Tempo di eliminazione del bleu di metilene (Tipo: policiclico discontinuo)		
	Inizio	Massimi	Durata totale
I colorazione dell' urina	ore 1.30' dopo l' iniez.	ore 10.30'-11.30' dopo l' iniez	ore 86
II reazione del cromogeno	ore 1 dopo l' iniez.	ore 8-11.30' dopo l'iniez.	ore 130
III reazione del bleu al $CHCl_3$	ore 1 dopo l' iniez.	ore 2-4 dopo l' iniez. » 11.30'-22 » » 34 »	ore 126

b) *Donne*

Osservazione N. VI. - G. Teodolinda (Cart. N. 3729) d'anni 21, nubile, massaia - Non risulta labe ereditaria. L' inferma ha avuto sempre carattere bizzarro, solitario, talvolta irruento, intelligenza mediocre. Soffrì lungamente di febbri malariche. Mestruò a 17 anni, fu poi sempre dismenorroica: circa un anno dopo cominciarono ad aggravarsi le anomalie del suo carattere, cui poi si aggiunsero insonnia, cefalea, disordine nel contegno e nei discorsi, atti di violenza contro gli altri e contro sè stessa. Fu al manicomio dal giugno del 1901 al febbraio del 1902. Dopo circa un anno di relativa sosta dei fenomeni morbosi fu di nuovo internata nell' istituto in condizioni invariate. Essa ora presenta stereotipia, mutacismo, contegno disordinato, frequenti e insulse risate, movimenti stereotipati dei muscoli della faccia, atti impulsivi e talvolta sucidezza. Fisicamente sta bene.

Diario dell'esperienza - (17-12-1903). L'inferma è tranquilla e docile. Nulla risulta all' esame obbiettivo somatico - peso del corpo Cg. 58, p. 82, r. 28 t. 36°5. - Urine cc. 1440 gialle, trasparenti, ps. 1027, reaz. acida: albumina, glucosio, pigmenti biliari assenti; lieve accenno alla reazione dell' indacano.

Digitized by Google

RISULTATI DELL' ESPERIENZA

Esami dell' urina	Tempo di eliminazione del bleu di metilene (Tipo: policiclico discontinuo)		
	Inizio	Massimi	Durata totale
I colorazione dell' urina	ore 1 dopo l' iniez.	ore 12-16 dopo l' iniez.	ore 112
II reazione del cromogeno	ore 0,30' dopo l' iniez.	ore 12-16 dopo l' iniez.	ore 120
III reazione del bleu al $CHCl_3$	ore 1 dopo l' iniez.	ore 12-16 dopo l' iniez.	ore 116

Osservazione N. VII. - N. Carmelina (Cart. N. 3319), d'anni 28, nubile, contadina. Eredità negativa. Ammalò improvvisamente (?) a 23 anni e fu ammessa al manicomio il 22-2-1899. Presenta verbigerazione, ecolalia, eccitamento psico-motorio, atti impulsivi e, a periodi, negativismo, sitofobia e depressione; nessuna affettività. Condizioni fisiche ottime.

Diario dell' esperienza - (16-10-1903). L' inferma è tranquilla, apatica, lievemente depressa. Nulla si riscontra all' esame somatico: peso del corpo Cg. 54, p. 76, r. 30, t. 37°; urine cc. 750, giallo-rosse, torbide, ps. 1030. reaz. acida, sedimento rossastro abbondante; albumina, glucosio, pigmenti biliari assenti, reaz. dell' indaco negativa; sedimento con abbondanti cristalli di urato di sodio, non globuli rossi.

Digitized by Google

RISULTATI DELL' ESPERIENZA

Esami dell' urina	Tempo di eliminazione del bleu di metilene (Tipo: policiclico discontinuo)		
	Inizio	Massimi	Durata totale
I Colorazione dell' urina	ore 0.30' dopo l' iniez.	ore 1.30'-3 dopo l' iniez. » 14 » » 38 »	ore 74
II Reazione del cromogeno	ore 0.30' dopo l' iniez.	ore 0.30'-22 dopo l' iniez. » 38-42 » » 62-66 »	ore 74
III Reazione del bleu al $CHCl_3$	ore 1 dopo l' iniez.	ore 14 dopo l'iniez. » 38-42 »	ore 74

Osservazione N. VIII. - M. Augusta (Cart. N. 3713) d'anni 32, maritata con figli, massaia. Mancano notizie anamnestiche. Ammalò a 24 anni con fenomeni di smarrimento psichico, negativismo, sitofobia e idee deliranti persecutorie. Nel febbraio 1895 entrò per la prima volta nel manicomio, di dove fu dimessa quattro volte per desiderio della famiglia, nonostante presentasse mai alcun miglioramento. Dal 12 ottobre 1902 non è più uscita. È abitualmente tranquilla, con contegno fanciullesco, talvolta allegra e chiassosa, tal' altra taciturna; affettuosità molto affievolita, indebolimento mentale manifesto, ipobulia accentuata. Condizioni fisiche ottime

Diario dell' esperienza (13-10-1903). L' inferma è tranquilla, docile. Nulla si riscontra all' esame somatico: peso del corpo Cg. 57, p. 88, r. 20 t. 37°. Urine cc. 1210 giallo-citrine, trasparenti, ps. 1020, reaz. acida; albumina, glucosio, pigmenti biliari assenti, negativa la reazione dell' indaco.

Digitized by Google

RISULTATI DELL' ESPERIENZA

Esami dell' urina	Tempo di eliminazione del bleu di metilene (Tipo: policiclico discontinuo)		
	Inizio	Massimi	Durata totale
I Colorazione dell' urina	ore 1 dopo l' iniez:	ore 18-26 dopo l'iniez;	ore 90
II Reazione del cromogeno	ore 0 30' dopo l' iniez:	ore 5.30'-26 dopo l'iniez:	ore 90
III Reazione del bleu al $CHCl_3$	ore 1 dopo l' iniez:	ore 18 dopo l' iniez: » 26 » » 42 »	ore 102

Osservazione N. IX. - R. Margherita (Cart. N. 3514) d'anni 37, coniugata senza figli, operaia. Mancano notizie anamnestiche. Fu inviata al manicomio il 6 dicembre 1900 in istato di grave eccitamento psico-motorio. Presenta un forte indebolimento mentale, disordine nel contegno, discorso caotico, inaffettività, spesso euforia e talvolta impulsività Le condizioni fisiche sono discrete.

Diario dell' esperienza - (16-11-1903). L' inferma è abbastanza tranquilla e si presta docilmente alle ricerche. L' esame somatico non rivela alcuna lesione degna di nota, solo uno stato di magrezza; peso del corpo Cg. 51, p. 68, r. 21, t. 36°2. - Urine cc. 600 (?) giallo-trasparenti, ps. 1019, reaz. acida; albumina, glucosio, pigmenti biliari assenti, reazione dell' indaco negativa.

Digitized by Google

RISULTATI DELL' ESPERIENZA

Esami dell' urina	Tempo di eliminazione del bleu di metilene (Tipo: policiclico discontinuo)		
	Inizio	Massimi	Durata totale
I Colorazione dell' urina	ore 0.30' dopo l' iniez:	ore 30 dopo l' iniez:	ore 118
II Reazione del cromogeno	ore 0.30' dopo l' iniez:	ore 1-1.30' dopo l' iniez: » 2.30'-30 » » 38 » » 50 - 54 »	ore 118
III Reazione del bleu al $CHCl_3$	ore 0.30' dopo l' iniez:	ore 10 dopo l' iniez: » 26-30 »	ore 114

Osservazione N. X. - R. Clotilde (Cart. N. 3409) d' anni 49, nubile, possidente. Padre apoplettico: l' inferma ha avuto sempre carattere mite e piuttosto melanconico con tendenza a esagerate pratiche religiose. Poco dopo i 30 anni incominciò lentamente ad ammalare presentando più che altro un'alternazione nel carattere, divenne irascibile, stravagante, irrequieta. Dopo circa un anno, a tali fenomeni si aggiunsero cefalea, insonnia, inaffettività, indebolimento mentale. Peregrinò per varî ospedali, sino a che nel luglio 1893 entrò in questo manicomio. Ora presenta un forte grado di demenza, disorientamento completo, nessun' affettività, scarsa attenzione, impulsi specialmente verbali, manierismo e stereotipia. Fisicamente è un pò invecchiata, non ha però alcun disturbo somatico.

Diario dell' esperienza. - (17-12-1903). L' inferma è tranquilla e si presta docilmente all' esperienza. Nulla all' esame fisico - peso del corpo 52, p. 80; r. 20, t. 36°4. Urine cc. 1120, gialle, trasparenti, ps. 1022, reaz. acida: albumina, glucosio, pigmenti biliari assenti, negativa la reazione dell' indaco.

Digitized by Google

RISULTATI DELL' ESPERIENZA

Esami dell' urina	Tempo di eliminazione del bleu di metileno (Tipo: policiclico discontinuo)		
	Inizio	Massimi	Durata totale
I Colorazione dell' urina	ore 1 dopo l' iniez:	ore 12 dopo l' iniez:	ore 102
II Reazione del cromogeno	ore 0.30' dopo l' iniez:	ore 12-16 dopo l' iniez:	ore 116
III Reazione del bleu al $CHCl_3$	ore 1 dopo l' iniez:	ore 12-16 dopo l' iniez:	ore 112

***

Nei dieci ebefrenici da noi presi in esame, in un solo caso (uomo, Oss. I) si è avuto *il tipo di eliminazione* policiclico continuo, negli altri nove il policiclico discontinuo. L' eliminazione dissociata invece si è avuta in soli quattro casi, tutti uomini. (Oss. I, II, III, IV).

L'inizio dell'eliminazione del bleu rispetto alla colorazione dell'urina, si è avuto sempre negli uomini ore 1,30 dopo la iniezione, ed ha raggiunto un massimo ritardo nell'Oss. II, in cui è comparsa dopo 3 ore; nelle donne invece si è avuto due volte dopo ore 0.30 (Oss. VII e IX), e tre volte dopo 1 ora dalla iniezione. La reazione del cromogeno in un solo caso (Oss. V) è apparsa dopo 1 ora, negli altri si è sempre osservata nella prima 1[2 ora. La reazione del bleu al cloroformio solo in una donna (Oss. IX), si è avuta nella prima 1[2 ora, negli altri casi ha variato da un minimo di 1 ora (tutte le donne, ed un uomo, Oss. V) ad un massimo di 4 ore (Oss. IV).

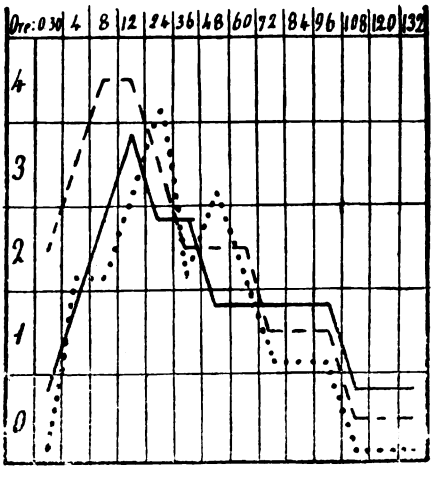
Il massimo di intensità di eliminazione nel maggior numero dei casi si è avuto più volte nel corso della esperienza; in sole tre osservazioni (Oss. I, VI, e X) si è osservato una sola volta. Nella colorazione della urina, il massimo di intensità in un sol caso (Oss. VII) si

Digitized by Google

è avuto dopo ore 1,30 dalla iniezione, il più delle volte fra la 12ª e la 24ª ora, ed in alcuni (Oss. I, II, IV, VII e IX) oltre alla 30ª ora e sino alla 46ª. Simile andamento ha presentato il massimo di intensità nella reazione data dal cromogeno, che in due casi però (Oss. VII e IX) si è osservato anche oltre alla 50ª ora e persino alla 66ª. La reazione del bleu al cloroformio si è pure comportata in modo simile, però il massimo di intensità non si è mai osservato prima della 2ª ora (Oss. V), nè ha mai oltrepassato la 46ª ora dopo la iniezione (Oss. II).

La durata totale della eliminazione ha oscillato fra un minimo di 74 ore (Oss. I e VII) ed un massimo di 120 ore (Oss. VI), mantenendosi in media attorno alle 100 ore.

La media di tali risultati è riassunta a grandi tratti nella seguente grafica.



TRACCIATO II.

Eliminazione del bleu di metilene nei dementi precoci ebefrenici

——— colore dell'urina (1 giallo-verde; 2 verde-chiaro; 3 verde; 4 verde-cupo)
— — — reazione del cromogeno) 1 accennata; 3 evidente;
.....˜. reazione del bleu al $CHCl_3$) 2 discreta; 4 intensa.

L'andamento complessivo delle dieci esperienze risulta poi in modo più dettagliato dalla seguente tabella.

Digitized by Google

TABELLA II.

Media delle osservazioni sulla eliminazione del bleu di metilene negli ebefrenici

N. delle ore dopo l'iniezione	Uomini (N. 5)			Donne (N. 5)			Uomini e Donne (N. 10)			Osserv.
	colore dell' urina	reazione del cromogeno	reazione del bleu al $CHCl_3$	colore dell' urina	reazione del cromogeno	reazione del bleu al $CHCl_3$	colore dell' urina	reazione del cromogeno	reazione del bleu al $CHCl_3$	
0.30	normale	discreta	nulla	normale	discreta	nulla	normale	discreta	nulla	
1	,,	evidente	,,	giallo-verde	evidente	accennata	giallo-verde	evidente	accennata	
1.30	giallo-verde	,,	accennata	,,	,,	,,	,,	,,	,,	
2	,,	discreta	,,	,,	discreta	,,	,,	discreta	,,	
2.30	,,	evidente	discreta	verde-chiar.	evidente	discreta	verde-chiar.	,,	discreta	desinare
3	,,	,,	,,	giallo-verde	,,	,,	giallo-verde	evidente	,,	
3.30	,,	,,	,,	,,	,,	accennata	,,	,,	,,	
4	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	
4.30	,,	,,	accennata	,,	,,	,,	,,	,,	accennata	
5	,,	,,	discreta	,,	,,	,,	,,	,,	,,	
5.30	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	discreta	
6	,,	,,	,,	,,	,,	discreta	,,	,,	accennata	cena
6.30	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	discreta	
7	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	
7.30	verde-chiar.	intensa	evidente	verde	intensa	intensa	verde-chiar.	intensa	evidente	
8	,,	evidente	,,	id.	id.	id.	verde	id.	,,	
12	,,	,,	intensa	verde-chiar.	evidente	evidente	id.	evidente	intensa	
16	verde	,,	evidente	,,	,,	,,	verde-chiar.	,,	evidente	colazione
20	verde-chiar.	,,	,,	,,	discreta	discreta	,,	,,	,,	desinare
24	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	
28	,,	,,	,,	giallo-verde	discreta	,,	,,	discreta	discreta	cena
32	,,	,,	discreta	,,	,,	evidente	,,	evidente	evidente	
36	,,	,,	,,	,,	,,	,,	giallo-verde	discreta	discreta	colazione
40	,,	,,	,,	,,	,,	discreta	,,	,,	,,	desinare
44	,,	discreta	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	
48	giallo-verde	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	cena
52	discreta	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	
56	,,	,,	accennata	,,	,,	,,	,,	,,	accennata	colazione
60	,,	accennata	,,	,,	,,	,,	,,	,,	discreta	desinare
64	,,	,,	discreta	,,	,,	,,	,,	accennata	,,	
68	,,	discreta	accennata	,,	,,	accennata	,,	discreta	,,	
72	,,	accennata	,,	,,	accennata	,,	,,	accennata	accennata	cena
76	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	
80	normale	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	colazione
84	giallo-verde	,,	,,	,,	discreta	,,	,,	,,	,,	desinare
88	normale	,,	,,	,,	accennata	,,	,,	,,	,,	
92	,,	,,	,,	normale	,,	,,	,,	,,	,,	cena
96	giallo-verde	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	
100	,,	,,	nulla	,,	,,	nulla	,,	,,	nulla	colazione
104	normale	nulla	,,	,,	nulla	,,	normale	nulla	,,	desinare
108	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	
112	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	cena
116	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	
120	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	colazione
124	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	desinare
128	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	
132	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	cena
136	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	
140	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	colazione
144	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	

Digitized by Google

B — **Catatonici.**

a) *Uomini*

Osservazione N. XI. — V. Ferdinando (Cart. N. 3023) d'anni 31, celibe, operaio. — Non risulta labe ereditaria. — L'infermo da ragazzo era intelligente e di carattere normale. Ha fatto abuso di vino e tabacco ed ha sofferto di malattie veneree. Dopo i 20 anni incominciò lentamente a presentare cambiamento di carattere con tendenza alla solitudine e ad atti violenti anche verso i famigliari. Aggravatisi tali fatti nel gennaio 1898 vien rinchiuso nel manicomio, ove presentò uno stato di grave eccitazione psico-motoria, caos di idee, tendenze impulsive ed un lieve delirio di grandezza. Da qualche anno trovasi in uno stato quasi permanente di immobilità catatonica. Fisicamente è sano e robusto.

Diario dell' esperienza — (6 - 10 - 1903). L' infermo è assolutamente indocile e ribelle all' esperienza. L' urina è raccolta col catetere. Condizioni somatiche buone: peso del corpo Cg. 50, p. 56, r. 19, t. 36°8. Urine: cc. 1450 giallo - trasparenti, ps. 1021, reaz. debolmente acida - albumina, glucosio, pigmenti biliari assenti. Negativa la reazione dell' indaco.

RISULTATI DELL' ESPERIENZA

Esame dell' urina	Tempo di eliminazione del bleu di metilene (Tipo: policiclico discontinuo. - Eliminazione dissociata)		
	Inizio	Massimi	Durata totale
I colorazione dell' urina	ore 7 dopo l' iniez:	ore 18 dopo l' iniez:	ore 126
II reazione del cromogeno	ore 0.30' dopo l' iniez:	ore 10.30' - 11.30' dopo l' iniez:	ore 142
III reazione del bleu al $CHCl_3$	ore 7 dopo l' iniez:	ore 18 dopo l' iniez:	ore 142

Digitized by Google

Osservazione N. XII. - C. Giuseppe (Cart. N. 2553) d'anni 35, celibe, operaio. — Eredità ignota. — L'infermo ammalò la prima volta tredici anni or sono presentando fenomeni di smarrimento psichico e psicastenia. Dopo dieci mesi di degenza al manicomio uscì apparentemente guarito. Nel giugno del 1893 ricadde in istato di confusione mentale e forte depressione; nel successivo ottobre fu di nuovo dimesso, ma dopo pochi giorni dovette essere riaccolto per l'aggravamento dei sintomi e tendenza suicida. Da allora è andato progressivamente peggiorando entrando in uno stato tipico di catatonia. Le condizioni fisiche sono buone.

Diario dell' esperienza. — (3 - 10 - 1903). L'infermo è tranquillo e docile. Fisicamente nulla presenta di abnorme: peso del corpo, Cg. 60,400, p. 88 r. 22, t. 36°3. Urine: cc. 600 (quantità di 12 ore) giallo-arancio, lievemente torbide per urati con sedimento polverulento, ps. 1024, reaz. acida, albumina, glucosio, pigmenti biliari assenti, lieve accenno della reazione dell'indaco. Sedimento con cristalli di urato di sodio.

RISULTATI DELL'ESPERIENZA

Esami dell'urina	Tempo di eliminazione del bleu di metilene (Tipo: policiclico discontinuo. - Eliminazione dissociata)		
	Inizio	Massimi	Durata totale
I colorazione dell'urina	ore 10 dopo l'iniez:	ore 22-26 dopo l'iniez: » 34-42 »	ore 95
II reazione del cromogeno	ore 0.30' dopo l'iniez:	ore 2.30'-3 dopo l'iniez: » 6.30'-7.30' » » 11-26 » » 34-54 » » 62-66 »	ore 102
III reazione del bleu al $CHCl_3$	ore 7 dopo l'iniez:	ore 22-26 dopo l'iniez:	ore 102

Osservazione N. XIII. - A. Giosuè (Cart. N. 3736) d'anni 29, vedovo con figli, bracciante. Ha una cugina epilettica. Carattere piuttosto cupo, irascibile, solitario. Ammalò lentamente sui primi di quest'anno, presentando notevole cambiamento di carattere, insonnia, cefalea, smemoratezza, atti impulsivi e violenti verso gli altri. Nel maggio u. s. si gettò in un canale a scopo sui-

Digitized by Google

cida e fu allora condotto al manicomio. Qui presenta uno stato catatonico, completo disorientamento, nessuna affettività, negativismo e stereotipia: ha pure presentato il fenomeno dello specchio. Condizioni fisiche abbastanza buone.

Diario dell' esperienza (20 - 10 - 1903). — L'infermo è docile ma assolutamente passivo; per la minzione si deve ricorrere al cateterismo. Esame somatico negativo; peso del corpo Cg. 54 p. 76, r. 22, t. 36°. Urine cc. 700 (?) giallo-marsala, trasparenti, ps. 1025, reaz. acida. Albumina, glucosio, pigmenti biliari assenti. Reazione dell'indaco negativa.

RISULTATI DELL' ESPERIENZA

Esami dell' urina	Tempo di eliminazione del bleu di metilene (Tipo: policiclico discontinuo. - Eliminazione dissociata)		
	Inizio	Massimi	Durata totale
I colorazione dell' urina	ore 2.30' dopo l' iniez:	ore 26-30 dopo l' iniez:	ore 98
II reazione del cromogeno	ore 0.30' dopo l' iniez:	ore 2-2.30' dopo l' iniez: » 4-4.30' » » 7 - 34 » » 50 »	ore 110
III reazione del bleu al $CHCl_3$	ore 2.30' dopo l' iniez:	ore 30 dopo l' iniez:	ore 94

Osservazione N. XIV. - S. Antonio (Cart. N. 2663) d'anni 46, celibe, possidente. Gravissima labe ereditaria similare. L'infermo ha avuto sempre carattere chiuso e taciturno con tendenza alla solitudine ed all'abuso di alcoolici. A 33 anni incominciò a presentare i primi fatti morbosi con una eccessiva iperattività e preoccupazione per gli affari: fenomeni che lentamente si aggravarono con insonnia, allucinazioni specialmente uditive, idee deliranti e grafomania e vera dipsomania. Nel febbraio 1895 fu ricoverato al manicomio ove da oltre sei anni presenta uno stato tipico ed immutato di catatonia e catalessia. Condizioni fisiche buone.

Diario dell' esperienza (9 - 10 - 1903). — L'infermo è nel suo abituale stato catatonico. È necessario praticare il cateterismo. Nulla all'esame fisico; peso del corpo Cg. 58,700, p. 96, r. 20, t. 36°6. Urine cc. 600 (?) gialle, trasparenti ps. 1030, reaz. acida. Albumina, glucosio, pigmenti biliari e indaco assenti.

Digitized by Google

RISULTATI DELL' ESPERIENZA

Esami dell' urina	Tempo di eliminazione del bleu di metilene (Tipo: policiclico discontinuo Eliminazione dissociata)		
	Inizio	Massimi	Durata totale
I colorazione dell' urina	ore 3 dopo l' iniez.	ore 14-18 dopo l' iniez. » 26-30 »	ore 70
II reazione del cromogeno	ore 0.30' dopo l' iniez.	ore 6.30' dopo l' iniez. » 9-18 » » 26 »	ore 110
III reazione del bleu al $CHCl_3$	ore 2.30' dopo l' iniez,	ore 10 dopo l' iniez. » 14-18 » » 26-30 »	ore 102

Osservazione N. XV. - D. Oscar (Cart. N. 679) d' anni 55, celibe, possidente. Gravissima labe ereditaria neuro e psicopatica. Da ragazzo soffrì di epilessia, cui successe all' età di 18 anni un vero stato psicopatico con forma melanconica, tendenza all' isolamento, affievolimento della volontà, della intelligenza e della memoria, discorsi ed atti incoerenti, talvolta violenza. Nel settembre 1872 entrò nel manicomio dove gradualmente ha peggiorato ed ora presenta uno stato di grave demenza con catatonia, catalessia, negativismo e sucidezza Condizioni fisiche floride.

Diario dell'esperienza (3-11-1903) - L' infermo è abbastanza tranquillo ma l' urina dev' esser raccolta col catetere - Negativo l'esame somatico: peso del corpo Cg. 88, p. 96, r. 24, t. 36°5. Urine cc. 200 (?) giallo-rosse, lievemente torbide per urati ps. 1018, reaz. acida. Albumina, glucosio, pigmenti biliari assenti - Negativa la reazione dell' indaco.

Digitized by Google

RISULTATI DELL' ESPERIENZA

Esami dell' urina	Tempo di eliminazione del bleu di metilene (Tipo: policiclico discontinuo. Eliminaz. dissociata)		
	Inizio	Massimi	Durata totale
I colorazione dell' urina	ore 3 dopo l' iniez.	ore 30-34 dopo l' iniez.	ore 74
II reazione del cromogeno	ore 1 dopo l' iniez.	ore 4-6 dopo l' iniez. » 7-30 »	ore 74
III reazione del bleu al $CHCl_3$	ore 3 dopo l' iniez.	ore 8 dopo l' iniezione » 22 » » 30-34 » » 50-54 »	ore 90

b) *Donne*

Osservazione N. XVI. - S. Caterina (Cart. N. 3732) d' anni 18, nubile, campagnuola. Madre isterica. La malattia mentale si iniziò in modo rapido ed in seguito a febbri reumatiche, nel novembre del 1902 e quasi subito fu ammessa al manicomio. Presenta negativismo, catatonia. Talvolta sitofobia, nessuna emotività. Condizioni somatiche ottime.

Diario dell' esperienza (27-10-1903). - L' inferma è dapprincipio ribelle all' esperienza, poi si tranquillizza. Minzione piuttosto scarsa e difficile, sicchè spesso si deve ricorrere al cateterismo. L' esame somatico nulla dà di speciale; peso del corpo: Cg. 47, p. 60, r. 16, t. 3605; urine cc. 500 (?) gialle trasparenti, ps. 1015, reaz. acida; albumina, glucosio, pigmenti biliari assenti, negativa la reazione dell' indacano.

Digitized by Google

RISULTATI DELL' ESPERIENZA

Esami dell' urina	Tempo di eliminazione del bleu di metilene (Tipo: policiclico discontinuo)		
	Inizio	Massimi	Durata totale
I Colorazione dell' urina	ore 0.30' dopo l' iniez:	ore 18 dopo l' iniez: » 42-54 »	ore 110
II Reazione del cromogeno	ore 0.30 dopo l' iniez:	ore 8-18 dopo l' iniez: » 50-54 »	ore 130
III Reazione del bleu al $CHCl_3$	ore 1 dopo l' iniez:	ore 9 dopo l' iniez: » 12-58 »	ore 130

Osservazione N. XVII. - B. Luisa (Cart. N. 3558) d'anni 28, nubile, stiratrice. Grave labe ereditaria. Ammalò a 25 anni, in seguito ad un parto, con fenomeni di confusione mentale acuta. Ha poi presentato mutacismo, negativismo grave, sitofobia, atti impulsivi; l'affettività è nulla. Condizioni fisiche buone.

Diario dell'esperienza (28-10-1903). - L' inferma è tranquilla ma con forte negativismo. All' esame fisico nulla di speciale; peso del corpo Cg. 54, p. 80, r. 18, t. 36°5. Urine cc. 700 gialle, lievemente torbide per urati, ps. 1024, reaz. acida: albumina, glucosio, pigmenti biliari assenti, reazione dell' indaco negativa.

Digitized by Google

RISULTATI DELL' ESPERIENZA

Esami dell' urina	Tempo di eliminazione del bleu di metilene (Tipo: policiclico discontinuo)		
	Inizio	Massimi	Durata totale
I Colorazione dell' urina	ore 0,30' dopo l'iniez:	ore 18 dopo l' iniez: » 60 »	ore 98'
II Reazione del cromogeno	ore 0,30' dopo l'iniez:	ore 0,30'-1 dopo l'iniez: » 2-2,30' » » 8-18 »	ore 130
III Reazione del bleu al $CHCl_3$	ore 1 dopo l' iniez:	ore 18-26 dopo l'iniez: » 50-54 »	ore 130

Osservazione N. XVIII. - P. Angela (Cart. N. 2917) d'anni 29, nubile, campagnuola. Genitori intellettualmente deficenti. L' inferma sofferse da bambina di disturbi rachitici, ebbe sempre carattere bizzarro e intelligenza limitata. Ebbe un primo accesso della presente malattia a 17 anni presentando insonnia, bolo isterico, atti di autoviolenza, smarrimento psichico e tendenza al suicidio.

Accolta al manicomio nel settembre del 1891, dopo otto mesi ne uscì guarita. Dopo tre anni ricadde improvvisamente in uno stato di eccitamento con atti impulsivi, allucinazioni e idee doliranti. Riammessa al manicomio non ne è più uscita. Da oltre 7 anni si trova in istato catatonico. Costituzione deficiente. Stato di salute buono.

Diario dell' esperienza (28-10-1903). - L' inferma è quieta e docile all' esperienza. La minzione è difficile e si deve spesso ricorrere al cateterismo. Nulla si riscontra all' esame obbiettivo somatico: peso del corpo Cg. 53, p. 76, r. 22, t. 36°6. Urine cc. 1000 gialle, trasparenti, ps. 1026, reaz. acida: albumina, glucosio, pigmenti biliari assenti, negativa la ricerca dell' indaco.

Digitized by Google

RISULTATI DELL' ESPERIENZA

Esami dell' urina	Tempo di eliminazione del bleu di metilene (Tipo policiclico discontinuo - Eliminaz: dissociata)		
	Inizio	Massimi	Durata totale
I Colorazione dell' urina	ore 0,30' dopo l'iniez:	ore 18 dopo l' iniez:	ore 106
II Reazione del cromogeno	ore 0,30' dopo l'iniez:	ore 8-18 dopo l'iniez:	ore 130
III Reazione del bleu al $CHCl_3$	ore 1,30' dopo l'iniez:	ore 16-22 dopo l'iniez: » 30-34 » » 42 » » 54 »	ore 126

Osservazione N. XIX. - C. Zaira (Cart. N. 3550) d'anni 40, coniugata con figli, massaia. Madre apoplettica. A 38 anni ammalò rapidamente presentando insonnia, sitofobia, sucidezza, allucinazioni terrifiche. Il 6 maggio 1901 fu ammessa al manicomio ove è rimasta fino ad ora presentando il quadro classico della catatonia. Condizioni fisiche discrete.

Diario dell' esperienza (9 - 10 - 1903) - L'inferma è tranquilla, abulica affatto, ma docile a ciò che le si fa eseguire. La salute fisica è buona; peso del corpo Cg. 64, p. 84, r. 22, t. 36°9. Urine cc. 660 giallo-rossastre, trasparenti; ps. 1023, reaz. acida; albumina, glucosio, pigmenti biliari assenti, reazione dell' indaco negativa.

Digitized by Google

RISULTATI DELL' ESPERIENZA

Esami dell' urina	Tempo di eliminazione del bleu di metilene (Tipo: policiclico discontinuo - Eliminaz: dissociata)		
	Inizio	Massimi	Durata totale
I Colorazione dell' urina	ore 2.30' dopo l'iniez:	ore 3,30' dopo l'iniez. » 12-22 » » 38-42 »	ore 70
II Reazione del cromogeno	ore 0,30' dopo l'iniez:	ore 3-7,30' dopo l'iniez. » 10-14 » » 42 »	ore 126
III Reazione del bleu al $CHCl_3$	ore 2,30' dopo l'iniez:	ore 38 dopo l' iniez.	ore 110

Osservazione N. XX. - C. Cleonice (Cart. N. 1914) d'anni 46 coniugata, contadina. Nessuna notizia anamnestica. Ammalò a 27 anni e il 27 maggio 1884 fu ammessa al manicomio per uno stato di eccitamento dal quale passò nello stato catatonico in cui è sempre rimasta e trovasi tuttora. Fisicamente alquanto invecchiata.

Diario dell' esperienza (16 - 10 - 1903) - Lo stato catatonico grave dell' inferma, costringe a ricorrere costantemente al cateterismo cui essa non si ribella affatto. L' esame obbiettivo somatico non rivela alcuna lesione: peso del corpo Cg. 42, p. 72, r. 18, t. 36°5. Urine cc. 1200 gialle, lievemente torbide per urati, ps. 1020, reaz. acida, albumina, glucosio, pigmenti biliari assenti, reazione dell' indaco negativa.

Digitized by Google

RISULTATI DELL' ESPERIENZA

Esami dell' urina	Tempo di eliminazione del bleu di metilene (Tipo: policiclico discontinuo - Eliminazione dissociata)		
	Inizio	Massimi	Durata totale
I colorazione dell' urina	ore 1.30' dopo l' iniez.	ore 14 dopo l' iniez.	ore 94
II reazione del cromogeno	ore 0,30' dopo l' iniez.	ore 14 dopo l' iniez.	ore 106
III reazione del bleu al $CHCl_3$	ore 9.30' dopo l' iniez.	ore 14 dopo l' iniez. » 38 »	ore 98

In tutti gli infermi di questo gruppo *il tipo di eliminazione* del bleu è stato policiclico discontinuo, e in otto di essi dissociato, in due sole donne (Oss. XVI e XVII) ciò non si è verificato.

L' inizio dell' eliminazione nella colorazione dell' urina si è osservato in tre casi (Oss. XVI, XVII e XVIII) entro la prima 1[2 ora, cinque volte fra le ore 1,30 e 3, e in due uomini (Oss. XI e XII) rispettivamente alla 7.ª e 10.ª ora dopo la iniezione. La comparsa del cromogeno in un solo caso (Oss. XV) si è avuta 1 ora dopo la iniezione, in tutti gli altri casi sempre nella prima 1[2 ora. La reazione del bleu al cloroformio è apparsa il più delle volte fra la 2.ª e la 3.ª ora; in due donne (Oss. XVI e XVII) nella 1.ª ora, e in tre casi invece, due uomini ed una donna, (Oss. XI, XII, XX) rispettivamente alla 7.ª ed oltre alla 9[t.ª ora.

Il massimo di intensità di eliminazione, eccettuato un sol caso (Oss. XI), si è avuto più volte nel corso di ogni esperienza. Nella colorazione della urina solo in una donna (Oss. XIX) si è osservato subito ore 3,30 dopo la iniezione; in tutti gli altri casi da un minimo di 14 ore (Oss. XIV e XX) ad un massimo prolungamento sino alla 60ª ora

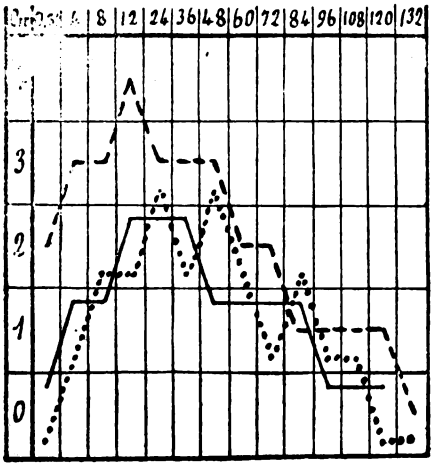
Digitized by Google

(Oss. XVII). Nella reazione del cromogeno un primo massimo di intensità si è avuto in una donna (Oss. XVII) nella prima 1/2 ora, mentre nella maggioranza dei casi non è apparso che fra la 2.ª e la 8.ª ora per poi ripetersi più volte sino oltre la 50ª ora, e in un caso (Oss. XII) sino alla 66ª.

Nella reazione del bleu al cloroformio la massima intensità si è osservata più sollecitamente nelle Osservazioni XIV, XV e XVI, nelle quali è apparsa fra la 8ª e la 10ª ora, il più delle volte ha oscillato fra la 20ª e la 40ª ora ed è riapparsa persino nella 58ª (Oss. XVI).

La durata complessiva della eliminazione ha variato da un minimo di 90 ore (Oss. XV) ad un massimo di 142 (Oss. XI), mantenendosi nella media fra le 110 e le 120 ore.

La grafica seguente compendia i suddetti risultati.



TRACCIATO III.

Eliminazione del bleu di metilene nei dementi catatonici

——— colore dell' urina (1 giallo-verde; 2 verde-chiaro; 3 verde; 4 verde-cupo)
— — — reazione del cromogeno / 1 accennata; 3 evidente;
..... reazione del bleu al $CHCl_3$ \ 2 discreta; 4 intensa.

L' andamento complessivo delle dieci esperienze è raccolto in modo dettagliato nella seguente tabella.

Digitized by Google

TABELLA III.

Media delle osservazioni sulla eliminazione del bleu di metilene nei catatonici

N. delle ore dopo l'Inie-zione	Uomini (N. 5)			Donne (N. 5)			Uomini e Donne (N. 10)			Osserva-z.
	colore dell' urina	reazione del cro-mogeno	reazione del bleu al $CHCl_3$	colore dell' urina	reazione del cro-mogeno	reazione del bleu al $CHCl_3$	colore dell' urina	reazione del cro-mogeno	reazione del bleu al $CHCl_3$	
0 30	normale	accennata	nulla	giallo-verde	discreta evidente	nulla accennata	normale	discreta evidente	nulla	
1 30	,,	,,	,,	,,	,,	,,	giallo-verde	,,	,,	desinare
2 30	,,	discreta evidente	,,	,,	,,	,,	,,	,,	accennata	
3 30	,,	discreta evidente	accennata	,,	,,	discreta accennata	,,	,,	,,	
4 30	giallo-verde	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	
5 30	normale	,,	,,	,,	,,	nulla	,,	,,	,,	
6 30	giallo-verde	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	
7 30	,,	,,	,,	,,	,,	accennata	,,	,,	,,	cena
8	,,	intensa id. evidente	discreta	intensa id. id. evidente	,,	,,	,,	,,	discreta	
12	verde-chiaro		verde-chiaro id. id. id.		,,	discreta evidente discreta	verde-chiaro id. id. id. id.	intensa id. evidente	evidente id. id. id.	colazione desinare
16	id.				,,			,,		
20	id.	,,	,,	,,	,,	,,		,,	discreta	cena
24	id.	,,	discreta	giallo-verde	,,	,,		,,		
28	id.	,,	,,	,,	,,	,,		,,		
32	id.	,,	,,	,,	,,	,,	giallo-verde	,,	evidente id.	
36	giallo-verde	,,	,,	,,	,,	evidente	verde-chiaro	,,		colazione
40	,,	,,	accennata	verde-chiaro	,,	intensa	giallo-verde	,,	discreta	desinare
44	,,	discreta	discreta	giallo-verde	,,	evidente	verde-chiaro	,,		
48	,,	evidente	,,	verde-chiaro	,,	,,	giallo-verde	,,	evidente	cena
52	,,	discreta	,,	id.	,,	,,	verde-chiaro	,,		
56	,,	,,	accennata	giallo-verde	discreta	discreta	giallo-verde	,,	discreta	
60	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	cena
64	,,	,,	discreta	,,	,,	,,	,,	,,	,,	
68	,,	,,	accennata	,,	,,	accennata	,,	,,	accennata	colazione
72	normale	accennata	,,	,,	,,	discreta	,,	accennata	,,	desinare
76	giallo-verde	,,	,,	,,	,,	,,	,,	discreta	discreta	
80	,,	,,	,,	,,	,,	accennata	,,	accennata	accennata	cena
84	normale	,,	,,	,,	,,	discreta	,,	,,	,,	
88	,,	,,	,,	,,	accennata	,,	,,	,,	,,	
92	,,	,,	,,	,,	,,	,,	normale	,,	,,	colazione
96	,,	,,	nulla	,,	,,	,,	,,	,,	,,	desinare
100	,,	nulla	accennata	normale	,,	,,	,,	,,	,,	
104	,,	accennata	nulla	,,	,,	,,	,,	,,	,,	cena
108	,,	nulla	,,	,,	,,	accennata	,,	,,	nulla	
112	,,	,,	,,	,,	,,	nulla	,,	,,	,,	
116	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	
120	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	nulla	,,	colazione
124	,,	,,	,,	,,	,,	accennata	,,	,,	,,	desinare
128	,,	,,	,,	,,	nulla	nulla	,,	,,	,,	
132	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	cena
136	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	
140	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	colazione
144	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	

Digitized by Google

C — Paranoidi

a) *Uomini*

Osservazione N. XXI. - F. Giuseppe (Cart. N. 3744) d'anni 32, celibe, studente. Madre morta al manicomio. Ammalò a 21 anni con improvviso disordine mentale di eccitamento psico-motorio. Ristabilitosi ricadde malato altre due volte nel dicembre 1901 e nel maggio 1903. Ora presenta indebolimento mentale, inaffettività, contegno disordinato e diffidente, umore abitualmente depresso, allucinazioni, atti impulsivi, idee deliranti religioso-persecutive e talvolta sitotobia e negativismo. Le condizioni di salute fisica sono buone.

Diario dell' esperienza - (3-10-1903) L'infermo è tranquillo e quasi soddisfatto dell'esperienza ch'egli accetta, nel suo ordine di idee deliranti, come martirio. Nulla si riscontra a carico degli organi della vita vegetativa: peso del corpo Cg. 53,800, p. 60, r. 20, t. 36°5. Urine cc. 750 gialle, trasparenti, ps. 1025, reaz. acida, negative le ricerche dell'albumina, glucosio, pigmenti biliari e indaco.

RISULTATI DELL' ESPERIENZA

Esami dell' urina	Tempo di eliminazione del bleu di metilene (Tipo policiclico continuo - Eliminaz. dissociata)		
	Inizio	Massimi	Durata totale
I colorazione dell' urina	ore 3 dopo l'iniez.	ore 4-4.30' dopo l'iniez. » 9-10 »	ore 62
II reazione del cromogeno	ore 0,30' dopo l'iniez.	ore 9-14 dopo l'iniez.	ore 62
III reazione del bleu al $CHCl_3$	ore 3 dopo l'iniez.	ore 4-5 dopo l'iniez.	ore 62

Osservazione N. XXII. - A. Vincenzo (Cart. N. 3464) d'anni 35, celibe, senza professione. Mancano notizie anamnestiche. L'infermo ha passato gran parte della sua esistenza di carcere in carcere per una lunga sequela di truffe, ol-

Digitized by Google

traggi ecc., finchè nel marzo 1901 con ordinanza dell' autorità giudiziaria fu internato nel manicomio. Qui ha presentato fenomeni manifesti di indebolimento mentale con idee di grandezza e di persecuzione, periodi di eccitamento psico-motorio, inattività assoluta, qualche atto impulsivo. Fisicamente gode di ottima salute.

Diario dell' esperienza (13-11-1903) L' infermo è tranquillo e volentieri si assoggetta alle ricerche. Condizioni di salute fisica buonissime: peso del corpo Cg. 66, p. 84, r. 20, t. 36°4. Urine cc. 1250 gialle, trasparenti, ps. 1020, reaz. acida, negativa la ricerca dell' albumina, del glucosio, dei pigmenti biliari e dell' indacano.

RISULTATI DELL' ESPERIENZA

Esami dell' urina	Tempo di eliminazione del bleu di metilene (Tipo: policiclico discontinuo)		
	Inizio	Massimi	Durata totale
I Colorazione dell' urina	ore 1 dopo l' iniez:	ore 13 dopo l' iniez: » 21 » » 61 »	ore 113
II Reazione del cromogeno	ore 1 dopo l' iniez:	ore 1 dopo l' iniez: » 3-4.30' » » 5.30'-8 » » 29 » » 41 »	ore 133
III Reazione del bleu al $CHCl_3$	ore 1 dopo l' iniez:	ore 13 dopo l' iniez: » 21-25 »	ore 89

Osservazione N. XXIII. - M. Giuseppe (Cart. N. 3593) d' anni 36 coniugato, impiegato. Grave labe ereditaria. Ha avuto sempre carattere bizzarro ed irascibile ed ha spesso sofferto di malinconia con tendenza all' isolamento ed alla misantropia. Ammalò più gravemente circa due anni or sono presentando un completo delirio di rovina e persecuzione con tendenza al suicidio, insonnia, abulia assoluta. Dall' aprile del 1902 si trova nel manicomio in condizioni presso che invariate. Condizioni fisiche buone: stato di nutrizione un poco deficente.

Diario dell'esperienza. (3-10-1903) - L'infermo è tranquillo e docile. Nulla di abnorme all' esame fisico; peso del corpo Cg. 53.800, p. 60, r. 20, t. 36°.5. Urine: cc. 700 gialle, lievemente torbide per urati, ps. 1015, reaz. acida. Albumina, glucosio, pigmenti biliari assenti - Reazione dell' indaco negativa.

Digitized by Google

RISULTATI DELL' ESPERIENZA

Esami dell' urina	Tempo di eliminazione del bleu di metilene (Tipo: policiclico continuo - Eliminaz: dissociata)		
	Inizio	Massimi	Durata totale
I Colorazione dell' urina	ore 2.30' dopo l' iniez.	ore 9-10 dopo l' iniez.	ore 70
II Reazione del cromogeno	ore 0.30' dopo l' iniez.	ore 2.30'-3 dopo l'iniez. » 9-11 »	ore 70
III Reazione del bleu al $CHCl_3$	ore 2.30' dopo l' iniez.	ore 9-10 dopo l'iniez.	ore 62

Osservazione N. XXIV. - M. Giuseppe (Cart. N. 3036) d'anni 40, celibe, boaro. Labe ereditaria in linea ascendente - L' infermo era forte bevitore; ammalò a 35 anni con fenomeni di eccitamento, disordine ideativo, idee deliranti disordinate di grandezza e di persecuzione, atti impulsivi, scemata affettività. In tali condizioni fu ammesso al manicomio nel marzo 1898. Ora è più tranquillo, l' indebolimento mentale è accentuato, il disordine delle idee profondo, le idee deliranti persistenti. Fisicamente sta bene.

Diario dell' esperienza (9-10-1903) - L' infermo è abbastanza tranquillo. Nulla si riscontra all' esame somatico; peso del corpo Cg. 59, p. 76, r. 20, t. 36°5. Urine cc. 1300 giallo aranciato, trasparenti, ps. 1015, reaz. acida, albumina, glucosio, pigmenti biliari assenti, reazione dell' indaco negativa.

Digitized by Google

RISULTATI DELL' ESPERIENZA

Esami dell' urina	Tempo di eliminazione del bleu di metilene (Tipo: policiclico discontinuo - Eliminaz. dissociata)		
	Inizio	Massimi	Durata totale
I colorazione dell' urina	ore 2,30' dopo l'iniez:	ore 30 dopo l'iniez:	ore 54
II reazione del cromogeno	ore 0,30' dopo l'iniez:	ore 0.30'-8 dopo l' iniez: » 10-11 » » 18 » » 26-30 »	ore 82
III reazione del bleu al $CHCl_3$	ore 2.30' dopo l'iniez:	ore 30 dopo l' iniez:	ore 86

Osservazione N. XXI - M. Curio (Cart. N. 1126) d'anni 64, celibe, possidente. Grave eredità psicopatica. Fin da fanciullo presentò una grave deficenza del senso morale che andò sviluppandosi in frequenti atti di violenze sino all' omicidio. Fu più volte imprigionato, poi fu ammesso al manicomio di Firenze, donde il 2 novembre 1873 venne trasportato a quello di Ferrara. Di qui nel febbraio 1874 passò al manicomio di Reggio-Emilia poi successivamente fu a quello Dafur di Milano e finalmente con ordinanza dell' autorità giudiziaria il 18 febbraio 1879 fu di nuovo condotto al manicomio di Ferrara per esservi definitivamente rinchiuso. L' infermo ha avuto periodi di eccessiva violenza; ora da parecchi anni è tranquillo ed inoffensivo, occupato continuamente nello studio della sua liberazione, ch' egli con indefessa costanza prosegue a mezzo di scritti e discorsi stereotipati, contro i *ricattatori* che nel suo delirio persecutorio vede ovunque. Ha memoria lucidissima ed aspetto florido.

Diario dell' esperienza (6 - 10 - 1903) - L' infermo è tranquillo e docilissimo alle ricerche, alle quali volentieri si presta. Il suo organismo è forte e sano; peso del corpo Cg. 55, p. 80, r. 21, t. 36°5. Urine cc. 1200 giallo-aranciate, trasparenti, ps. 1010, reaz. acida; albumina, glucosio, pigmenti biliari assenti, reazione dell' indaco negativa.

Digitized by Google

RISULTATI DELL' ESPERIENZA

Esame dell' urina	Tempo di eliminazione del bleu di metilene (Tipo: policiclico discontinuo. - Eliminazione dissociata)		
	Inizio	Massimi	Durata totale
I colorazione dell' urina	ore 2.30' dopo l' iniez:	ore 9.30' - 11 30' dopo l' iniez: « 18 - 35 »	ore 90
II reazione del cromogeno	ore 0.30' dopo l' iniez:	ore 9.30' - 11.30' dopo l' iniez:	ore 98
III reazione del bleu al $CHCl_3$	ore 3 dopo l' iniez:	ore 18 - 26 dopo l'iniez: « 35 »	ore 86

b) *Donne.*

Osservazione N. XXVI. - B. Rosa (Cart. N. 3621) d'anni 30, coniugata con prole. Operaia. Padre alcoolista. L' inferma a 15 anni manifestò un carattere irrequieto, irascibile ed incoercibile; sofferse poscia di convulsioni che scomparvero dopo il matrimonio. Dopo alcuni anni di vita coniugale, si divise dal marito per coabitare con un altro uomo. Durante l' ultima gravidanza, a 28 anni, ammalò con fenomeni di depressione, malessere indefinito e idee di suicidio. Fu ammessa al manicomio nel settembre 1901. L' inferma è ora prevalentemente eccitata, spesso logorroica ed oscéna; ha frequenti atti impulsivi, vago delirio di persecuzione e lieve indebolimento mentale. Fisicamente è un po' deperita.

Diario dell' esperienza (16-11-1903). L' inferma è alquanto irritata. Fisicamente nulla di abnorme ad eccezione di qualche lieve disturbo a carico degli organi genitali; peso del corpo Cg. 62, p. 64, r. 20, t. 36°5. Urine cc. 1250 gialle, trasparenti, ps. 1028, reaz. acida; albumina, glucosio, pigmenti biliari assenti, negativa la ricerca dell' indaco.

Digitized by Google

RISULTATI DELL' ESPERIENZA

Esami dell' urina	Tempo di eliminazione del bleu di metilene (Tipo: policiclico discontinuo)		
	Inizio	Massimi	Durata totale
I Colorazione dell' urina	ore 0.30' dopo l' iniez:	ore 26 dopo l' iniez:	ore 150
II Reazione del cromogeno	ore 0.30' dopo l' iniez:	ore 1-1.30' dopo l' iniez:	ore 146
III Reazione del bleu al $CHCl_3$	ore 1 dopo l' iniez:	ore 14 - 26 dopo l'iniez:	ore 166

Osservazione N. XXVI . - V. Adele (Cart. N. 3427) d'anni 30, maritata con figli, operaia. Eredità negativa. L' inferma ammalò a 24 anni durante la prima gravidanza, presentando fenomeni di eccitamento, idee deliranti, atti impulsivi contro gli altri. Fu ammessa nel manicomio nel marzo 1897 e ne uscì non migliorata il successivo maggio. Fu riammessa nel febbraio 1900. L' inferma è disordinatissima nel contegno, spesso violenta ed impulsiva; il suo contegno è sospettoso, il discorso caotico, l' affettività scomparsa, l' umore è assai variabile. Fisicamente sta bene.

Diario dell'esperienza (7-11-1903) L'inferma è tranquilla, un po' depressa. All'esame fisico nulla di notevole; peso del corpo Cg. 60, p. 80, r. 20, t. 36°1. Urine cc. 1400, gialle, lievemente torbide per urati, ps. 4024, reaz. acida; albumina, glucosio, pigmenti biliari assenti, negativa la ricerca dell' indaco.

Digitized by Google

RISULTATI DELL' ESPERIENZA

Esami dell' urina	Tempo di eliminazione del bleu di metilene (Tipo: policiclico discontinuo).		
	Inizio	Massimi	Durata totale
I colorazione dell' urina	ore 0.30' dopo l'iniez.	ore 18-22 dopo l' iniez. » 30 »	ore 142
II reazione del cromogeno	ore 0.30' dopo l' iniez.	ore 10 dopo l' iniez. » 12 » » 30 »	ore 166
III reazione del bleu al $CHCl_3$	ore 1 dopo l' iniez.	ore 18 dopo l' iniez. » 62-70 »	ore 162

Osservazione N. XXVIII. - B. Carmela (Cart. N. 3819) d' anni 32, nubile, sarta. Eredità negativa. L' inferma ha sempre avuto un carattere passionale ed erotico. Da alcuni anni soffriva di disturbi giudicati isterici, aggravatisi successivamente sino a che il 13 agosto 1903 dovette essere ricoverata al manicomio. Qui ha presentato un tipico delirio paranoide, sostenuto da allucinazioni, idee di rovina e di persecuzione che talvolta le determinano un vero stato ossessivo. Condizioni fisiche soddisfacenti.

Diario dell' esperienza (7 - 11 - 1903). - L' inferma è piuttosto agitata e presenta le solite idee deliranti. Esame obbiettivo fisico negativo; peso del corpo Cg. 50, p. 88, r. 22, t. 36.° Urine cc. 1400, gialle, trasparenti, ps. 1019, reaz. acida. Albumina, glucosio, pigmenti biliari assenti, reazione dell' indaco negativa.

Digitized by Google

RISULTATI DELL' ESPERIENZA

Esami dell' urina	Tempo di eliminazione del bleu di metilene (Tipo: policiclico discontinuo)		
	Inizio	Massimi	Durata totale
I colorazione dell' urina	ore 0.30' dopo l' iniez.	ore 18 dopo l' iniez. » 26-30 »	ore 142
II reazione del cromogeno	ore 0.30' dopo l' iniez.	ore 5-6 dopo l' iniez. » 10 »	ore 150
III reazione del bleu al $CHCl_3$	ore 0.30' dopo l' iniez.	ore 1.30' - 6 dopo l' iniez. » 7.30' - 8 » » 10 - 12 » » 18 » » 26 » » 34 - 42 »	ore 138

Osservazione N. XXIX. - C. Bice (Cart. N. 3768) d'anni 33, nubile con una figlia, massaia. Ereditarietà neuro-psicopatica. Ammalò circa 10 mesi or sono, sembra in seguito a gravi patemi d'animo, con tendenza al suicidio, idee deliranti di rovina, sitofobia. Accolta nel manicomio il 10 marzo 1903 sviluppò un completo delirio paranoide. Le condizioni fisiche sono piuttosto deficienti.

Diario dell' esperienza (16-10-1903). - L' inferma nei primi due giorni è tranquilla e docile, in seguito diviene agitata e cade in un vero stato ossessivo. L' esperienza può tuttavia essere condotta regolarmente. Nulla si rileva a carico degli organi della vita vegetativa; peso del corpo Cg. 55, p. 64, r. 20, t. 36°5. Urine cc. 850 giallo-pallide, lievemente torbide per urati, ps. 1013, reaz. acida; negatiga la ricerca dell' albumina, del glucosio, di pigmenti biliari e dell' indaco.

Digitized by Google

RISULTATI DELL' ESPERIENZA

Esami dell' urina	Tempo di eliminazione del bleu di metilene (Tipo: policiclico discontinuo)		
	Inizio	Massimi	Durata totale
I colorazione dell' urina	ore 0.30' dopo l' iniez:	ore 2.30' dopo l' iniez.	ore 118
II reazione del cromogeno	ore 0.30' dopo l' iniez:	ore 0.30' - 10.30' dopo l' iniez. « 18 »	ore 130
III reazione del bleu al $CHCl_3$	ore 0.30' dopo l' iniez:	ore 1.30'-5.30' dopo l'in. » 9.30-12 » » 18 - 22 » » 34 - 46 »	ore 130

Osservazione N. XXX. - F. Maria (Cart. N. 3702) d'anni 46, nubile, maestra. Eredità negativa. Sembra da giovane soffrisse di accessi convulsivi, è però incerta l' epoca d' inizio del presente stato morboso. Il 24 gennaio 1899 fu ammessa al manicomio di Mombello ove presentò idee deliranti di rovina e di dannazione sostenute da allucinazioni specialmente acustiche, umore depresso, talvolta sitofobia e insonnia; nel settembre 1902 fu trasferita a questo manicomio in identiche condizioni psichiche. Costituzione rachitica. Stato di salute buona.

Diario dell' esperienza. (16 - 11 - 1903). - L' inferma è piuttosto agitata ed impressionata, ma docile alle ricerche. Nulla si riscontra all' esame somatico: peso del corpo Cg. 47, p. 90, r. 24, t. 36°5. Urine cc. 700 giallo arancio, trasparenti, ps. 1020, reaz. acida; albumina, glucosio, pigmenti biliari assenti, negativa la reazione dell' indaco.

Digitized by Google

RISULTATI DELL' ESPERIENZA

Esami dell' urina	Tempo di eliminazione del bleu di metilene (Tipo: policiclico discontinuo)		
	Inizio	Massimi	Durata totale
I colorazione dell' urina	ore 0.30' dopo l' iniez.	ore 10 dopo l' iniez. » 18 » » 26-34 »	ore 150
II reazione del cromogeno	ore 0.30' dopo l' iniez.	ore 2.30'-3 dopo l' iniez. » 4.30' » » 10 » » 18 » » 26-30 »	ore 154
III reazione del bleu al $CHCl_3$	ore 0.30' dopo l' iniez.	ore 10 dopo l' iniez. » 18 » » 26-38 » » 46-54 »	ore 158

Nei dementi paranoidi il *tipo di eliminazione del bleu di metilene* è stato in quattro casi (Oss. XXI, XXIII, XXVII e XXX) policiclico continuo, nei rimanenti sei, discontinuo; la eliminazione dissociata si è avuta solo quattro volte, in tutti uomini (Oss. XXI, XXIII, XXIV e XXV).

L' inizio della eliminazione rispetto alla colorazione dell'urina nelle donne si è avuto sempre nella prima 1[2 ora dalla iniezione, negli uomini invece una sol volta (Oss. XXII) nella 1.ª ora, in tutti gli altri da ore 2,30 a 3 dopo la iniezione. La reazione del cromogeno, eccettuato un sol caso (Oss. XXII) in cui è apparsa dopo un' ora, si è iniziata sempre nella prima 1[2 ora. La reazione del bleu al cloroformio, in tre donne (Oss. XXVIII, XXIX e XXX) si è accennata nella prima 1[2 ora, in tutti gli altri fra la 1ª e la 3ª ora.

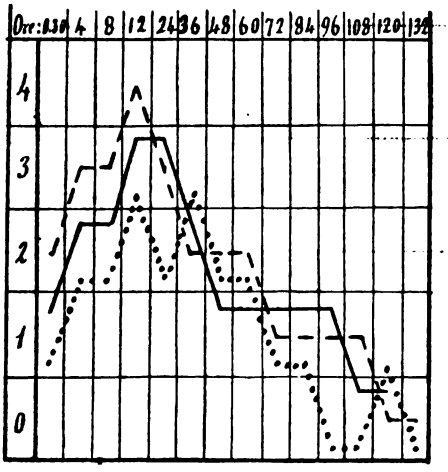
Il massimo di intensità di eliminazione una sol volta (Oss. XXVI) è stato unico, in tutti gli altri casi si è sempre ripetuto due o più volte nel corso della esperienza. Nella colorazione della urina si è osservato in una donna (Oss. XXIX) già ore 2,30 dopo la iniezione, ed in un uomo (Oss. XXI) alla 4.ª ora; in tutte le altre osservazioni sem-

Digitized by Google

pre oltre alla 9.ª ora, ripetendosi poi sino anche alla 61.ª ora (Oss. XXII). Nella reazione del cromogeno la massima intensità due sol volte (Oss. XXIV e XXIX) è apparsa entro 1[2 ora, mentre nella maggioranza dei casi, ha tardato oltre la 8.ª ora; e nella esperienza XXII è ricomparsa sino alla 41.ª ora. Quanto alla reazione del bleu al cloroformio, la maggior intensità, che in due donne (Oss. XXVIII e XXIX) si è osservata ore 1,30 dopo la iniezione, nella maggior parte dei casi non è apparsa che fra la 10.ª e la 20.ª ora, ripetendosi poi anche sino alla 70.ª ora (Oss. XXVII).

La durata totale della eliminazione da un minimo di 62 ore (Oss. XXI) ha raggiunto un massimo di 166 ore, (Oss. XXVI e XXVII) oltrepassando in media le 120 ore, ma con notevole distacco fra i due sessi, che mentre negli uomini la durata di eliminazione non raggiunse in media le 100 ore, nelle donne sorpassò le 150.

La media di questi risultati è riassunta a grandi tratti nella seguente grafica.



TRACCIATO IV.

Eliminazione del bleu di metilene nei dementi paranoidi

——— colore dell'urina (1 giallo-verde; 2 verde-chiaro; 3 verde; 4 verde-cupo)

— — — reazione del Cromogeno) 1 accennata; 3 evidente;

..... reazione del bleu al $CHCl_3$) 2 discreta; 4 intensa.

L'andamento complessivo delle dieci esperienze risulta poi in modo più dettagliato dalla seguente tabella.

Digitized by Google

TABELLA IV.

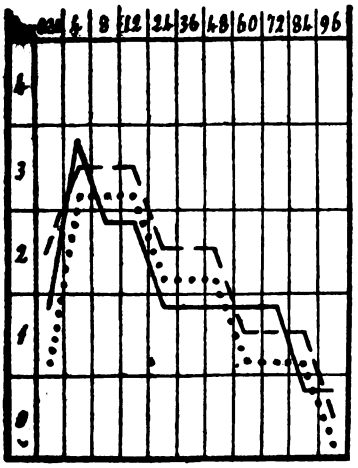
Media delle osservazioni sulla eliminazione del blu di metilene nei paranoidi

N. delle ore dopo l'iniezione	Uomini (N. 5)			Donne (N. 5)			Uomini e Donne (N. 10)			*Osserv.*
	colore dell' urina	reazione del cromogeno	reazione del bleu al $CHCl_3$	colore dell' urina	reazione del cromogeno	reazione del bleu al $CHCl_3$	colore dell' urina	reazione del cromogeno	reazione del bleu al $CHCl_3$	
0 30	normale	accennata	nulla	giallo-verde	evidente	accennata	giallo-verde	discreta	accennata	
1 30	,,	discreta	,,	verde-chiar.	,,	discreta	,,	evidente	,,	desinare
2 30	,,	**evidente**	,,	,,	,,	evidente	,,	,,	,,	
3 30	giallo-verde	id.	discreta	,,	,,	discreta	verde-chiar.	,,	discreta	
3 30	,,	id.	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	
4 30	verde-chiar.	id.	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	
4 30	,,	id.	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	
5 30	,,	id.	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	
6 30	giallo-verde	id.	accennata	,,	,,	,,	,,	,,	accennata	cena
7 30	,,	id.	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	
8 12	,,	id.	discreta	,,	,,	evidente	,,	,,	discreta	
16	verde	**evidente**	,,	,,	intensa	,,	verde	intensa	evidente	
20	verde-chiar.	id.	,,	verde	evidente	intensa	giallo-verde	evidente	id.	
24	,,	discreta	discreta	id.	,,	evidente	verde	,,	id.	colazione
28	,,	**evidente**	**evidente**	id.	,,	,,	id.	discreta	**evidente**	desinare
32	,,	id.	discreta	id.	discreta	,,	verdechiaro	,,	id.	
36	giallo-verde	id.	,,	id.	evidente	,,	,,	evidente	id.	cena
40	,,	discreta	,,	verde-chiar.	discreta	,,	,,	discreta	discreta	
44	,,	,,	,,	,,	,,	,,	giallo-verde	,,	,,	
48	,,	accennata	accennata	,,	,,	,,	,,	,,	,,	colazione
52	,,	,,	,,	giallo-verde	,,	discreta	,,	,,	,,	desinare
56	,,	,,	discreta	,,	,,	evidente	,,	,,	,,	
60	,,	discreta	accennata	,,	accennata	discreta	,,	accennata	accennata	cena
64	,,	accennata	,,	verde-chiar.	discreta	,,	,,	discreta	,,	
68	normale	,,	nulla	giallo-verde	,,	accennata	,,	accennata	,,	
72	,,	nulla	,,	,,	,,	,,	normale	,,	,,	colazione
76	,,	accennata	accennata	,,	,,	,,	giallo-verde	,,	,,	desinare
80	,,	nulla	nulla	,,	accennata	,,	,,	,,	,,	
84	,,	accennata	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	cena
88	,,	nulla	,,	,,	discreta	discreta	,,	,,	,,	
92	,,	,,	,,	,,	accennata	accennata	normale	,,	nulla	colazione
96	,,	,,	,,	normale	,,	,,	,,	,,	,,	desinare
100	,,	,,	,,	giallo-verde	,,	,,	giallo-verde	,,	,,	
104	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	accennata	cena
108	,,	,,	,,	,,	,,	,,	normale	nulla	nulla	colazione
112	,,	,,	,,	,,	nulla	,,	,,	,,	,,	desinare
116	,,	,,	,,	,,	accennata	nulla	,,	accennata	accennata	cena
120	,,	,,	,,	normale	,,	,,	,,	nulla	nulla	
124	,,	,,	,,	giallo-verde	,,	nulla	,,	,,	,,	colazione
128	,,	,,	,,	,,	,,	accennata	,,	,,	,,	desinare
132	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	
136	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	cena
140	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	
144	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	

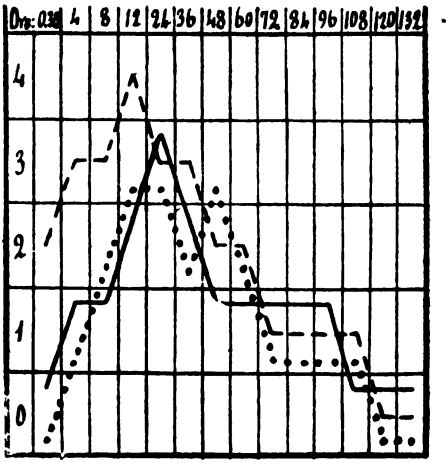
Digitized by Google

Se ora noi diamo uno sguardo complessivo a questo primo gruppo di esperienze, possiamo rilevare alcuni notevoli fatti che, pur riservandoci di esporre succintamente nelle conclusioni finali del lavoro, meritano però di essere anche ora presi in speciale considerazione.

È anzitutto notevole come i risultati delle nostre esperienze, pur mantenendo un' impronta speciale per ogni gruppo di malati (ebefrenici, catatonici e paranoidi), presentano però certi punti di contatto che, riuniti in un' unica sintesi, vengono a dare alla linea di eliminazione del bleu nel gruppo complessivo dei dementi precoci un andamento caratteristico che notevolmente lo differenzia da quello ottenuto negli individui normali.



TRACCIATO I.
Eliminazione del bleu di metilene negli individui normali



TRACCIATO V.
Eliminazione del bleu di metilene nei dementi precoci

——— colore dell'urina (1 giallo-verde; 2 verde-chiaro; 3 verde; 4 verde-cupo)

— — — reazione del cromogeno } 1 accennata; 3 evidente;
..... reazione del bleu al $CHCl_3$ } 2 discreta; 4 intensa.

Ponendo infatti a confronto queste due grafiche, l' una della eliminazione del bleu di metilene negli individui normali, e l' altra tratta dalla media complessiva dei tre tracciati di eliminazione del bleu negli ebefrenici, catatonici e paranoidi (v. tracc. 2, 3, 4), notiamo subito queste forti differenze di andamento che possono così brevemente riassumersi.

Rispetto alla *colorazione dell' urina,* mentre nei normali, come già si è visto si ha subito alla prima 1/2 ora, una colorazione giallo-verde

Digitized by Google

che alla 4.ª ora ha raggiunta la massima intensità (verde), per poi diminuire lentamente e regolarmente fino a che alla 84.ª ora ogni traccia di colorazione anormale è assolutamente scomparsa; nei dementi precoci invece nella prima 1[2 ora non si ha alcun accenno di colorazione ed anche alla 4.ª e persino alla 8.ª ora si osserva nella media appena il primo grado (giallo-verde) e non si raggiunge il massimo che alla 24ª ora, cioè con ben venti ore di ritardo in confronto dei normali. Ed anche la linea discendente di eliminazione, presenta un carattere assai diverso da quella normale; infatti mentre si ha dapprima una rapida discesa sicchè alla 48.ª ora (cioè 24 ore dopo il massimo di intensità) la colorazione è ritornata al primo grado, dopo la sua scomparsa totale si fa assai lentamente sicchè è solo alla 108.ª ora che il colore è ritornato normale.

Differenze minori ma pur sempre notevoli abbiamo ottenuto rispetto alla *reazione data dal cromogeno,* che nei dementi precoci, in confronto ai normali, ha nella media raggiunto un acme più elevato alla 12ª ora, mentre la linea di discesa presenta una maggiore lentezza, sicchè la reazione non scompare che alla 120ª ora, superando di 24 ore la durata di eliminazione negli individui normali.

Spiccatamente diverso è invece l'andamento *della reazione del bleu al cloroformio,* nel quale anzitutto vediamo conservata nei dementi precoci, quella linea policiclica che, pur essendosi avuta in tutte le esperienze ed in tutti tre gli esami ma ad ore un po' diverse, necessariamente nel riepilogo fatto a grandi tratti dalla grafica è scomparsa rispetto alla colorazione dell'urina e alla presenza del cromogeno. Questa reazione del bleu al cloroformio che nei normali si inizia subito alla prima 1[2 ora e che entro alla 4ª ora già raggiunge un massimo di intensità che persiste fino alla 12ª per poi gradualmente scemare fino alla 84ª ora e scomparire del tutto prima della 96ª, nei dementi precoci è nulla nella prima 1[2 ora, raggiunge appena il primo grado alla 4ª ora per poi elevarsi al massimo solo alla 12ª ora sino alla 24ª, ha poscia una linea discendente ed un nuovo acme che troviamo alle 48ª ora, indi riprende la discesa per non iscomparire che alla 120ª ora.

Osserviamo quindi complessivamente che nei dementi precoci la eliminazione del bleu di metilene (studiata per mezzo dei tre esami: colorazione dell'urina, reazione del cromogeno e reazione del bleu al cloroformio) presenta in confronto cogli individui normali, i seguenti caratteri: un ritardo costante nell'inizio e nel tempo di comparsa del massimo di intensità dell'eliminazione ed un notevole prolungamento nella sua durata totale, fatto questo che ancora nei dementi, come già si ebbe a notare nei normali, è notevolmente più accentuato nelle donne che negli uomini. Il tipo di eliminazione è assai più irre-

Digitized by Google

golare e presenta quasi costantemente la forma policiclica discontinua, spesso anche dissociata. Nessuna modificazione caratteristica abbiamo potuto rilevare in rapporto alla età degli infermi, o alla durata della malattia.

Questi dati possono desumersi in forma più particolareggiata confrontando la seguente tabella riassuntiva con la tab. N. 1.

Digitized by Google

TABELLA V.

Media delle osservazioni sulla eliminazione del bleu di metilene nei dementi precoci

N. delle ore dopo l'iniezione	Uomini (N. 15)			Donne (N. 15)			Uomini e Donne (N. 30)			*Osservaz.*
	colore dell' urina	reazione del cromogeno	reazione del bleu al $CHCl_3$	colore dell' urina	reazione del cromogeno	reazione del bleu al $CHCl_3$	colore dell' urina	reazione del cromogeno	reazione del bleu al $CHCl_3$	
0 30	normale	accennata	nulla	giallo-verde	discreta	accennata	normale	discreta	nulla	
1	,,	discreta	,,	,,	evidente	,,	giallo-verde	evidente	accennata	
1 30	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	
2	,,	evidente	,,	verde chiaro	,,	,,	,,	,,	,,	
2 30	giallo-verde	,,	accennata	,,	,,	discreta	,,	,,	discreta	
3	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	
3 30	,,	,,	discreta	giallo-verde	,,	accennata	,,	,,	,,	
4	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	accennata	
4 30	,,	,,	accennata	,,	,,	,,	,,	,,	,,	
5	,,	,,	,,	,,	,,	discreta	,,	,,	,,	
5 30	,,	,,	,,	,,	,,	accennata	,,	,,	,,	cena
6	,,	,,	,,	,,	,,	discreta	,,	,,	,,	
6 30	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	discreta	
7	,,	,,	,,	verde chiaro	,,	,,	verde chiaro	intensa	evidente	
7 30	,,	,,	discreta	,,	intensa	evidente	,,	evidente	id.	
8	verde-chiaro	intensa	evidente	verde	id.	id.	verde	id.	id.	
12	id.	evidente	id.	verde chiaro	evidente	id.	verde chiaro	,,	id.	colazione
16	id.	,,	id.	,,	,,	id.	,,	,,	id.	desinare
20	id.	,,	id.	,,	,,	id.	,,	,,	id.	
24	id.	,,	id.	,,	discreta	id.	,,	,,	discreta	cena
28	id.	,,	discreta	,,	evidente	evidente	,,	,,	,,	
32	id.	,,	,,	,,	,,	id.	,,	,,	evidente	
36	id.	,,	,,	giallo-verde	discreta	discreta	giallo-verde	,,	discreta	colazione
40	giallo-verde	,,	,,	verde chiaro	,,	id.	verde chiaro	discreta	,,	desinare
44	verde-chiaro	discreta	,,	giallo-verde	discreta	discreta	,,	,,	,,	
48	giallo-verde	,,	,,	verde chiaro	,,	evidente	giallo-verde	,,	,,	cena
52	,,	,,	,,	giallo-verde	,,	evidente	,,	,,	,,	
56	,,	,,	accennata	,,	,,	discreta	,,	,,	accennata	
60	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	discreta	colazione
64	,,	,,	,,	,,	,,	accennata	,,	accennata	accennata	desinare
68	,,	accennata	,,	,,	accennata	,,	,,	,,	,,	
72	normale	,,	,,	,,	discreta	discreta	,,	,,	,,	cena
76	,,	,,	,,	,,	accennata	accennata	,,	,,	,,	
80	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	colazione
84	giallo-verde	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	desinare
88	normale	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	
92	,,	,,	nulla	normale	,,	,,	normale	,,	,,	cena
96	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	
100	,,	nulla	,,	giallo-verde	,,	,,	,,	,,	nulla	colazione
104	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	desinare
108	,,	,,	,,	normale	,,	nulla	,,	nulla	,,	
112	,,	,,	,,	,,	,,	accennata	,,	,,	,,	cena
116	,,	,,	,,	,,	nulla	,,	,,	,,	,,	
120	,,	,,	,,	,,	accennata	,,	,,	,,	,,	colazione
124	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	desinare
128	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	
132	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	cena
136	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	
140	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	colazione
144	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	

Digitized by Google

II. — ELIMINAZIONE DEL IODURO DI POTASSIO

Non meno incerti e sconcordi che per la eliminazione del bleu di metilene sono i risultati dei vari osservatori sulla eliminazione per via renale del KI. Infatti, sorvolando sugli studi che dalle nostre ricerche più si scostano, e limitandoci a prenderne in esame fra quelli che hanno con esso maggiore affinità, vediamo che mentre Berard (1) nei cani, cui dava 2 gram. di joduro, non ne trovava piu traccia nell'orina del giorno appresso Schäpfer (2) ne riscontrò la presenza anche 4 e 5 giorni dopo la somministrazione per via gastrica, e Rosenthal (3) afferma di aver trovato nei suoi malati l'jodio nelle orine anche una settimana dopo la ingestione; al contrario Vogel (4) ammette che la eliminazione cessa dopo 28 ore se l'joduro è dato diluito in molta acqua, e dopo 35-40 ore se è somministrato in polvere.

Chauvet (5) dando 2 gram. di joduro in una sol volta avrebbe osservata una eliminazione prolungatasi per tre giorni, ma assai più breve dando la stessa quantità frazionata, a più riprese; di simile avviso sono Rozsahegyi (6), che ammette una durata di eliminazione dalle 45 alle 47 ore, e Geysler (7) che la fa oscillare rispettivamente fra le 25 e 22 ore.

Più completo, per quanto non più recente, è lo studio del Duchesne (8), il quale con accurate ricerche ha riscontrato che la eliminazione del joduro per i reni non solo varia nella durata da individuo a individuo, ma ancora nello stesso soggetto, secondo le condizioni generali dell'organismo e speciali dell'organo secernente.

Calantoni (9) ha riscontrato che la eliminazione del joduro, introdotto si per bocca che per il retto, finisce in media entro le 24-30 ore con le soluzioni allungate, con le concentrate si prolunga sino alle

(1) Berard — *Archives général de médicine*, I, 1853.
(2) Schäpfer — *Wiener med. Zeitschrift*, N. 5, 1859.
(3) Rosenthal — *Wiener med. Presse*, 1878.
(4) Vogel — Ueber angeborene Harnblasenspalte etc. Inaug. Dissert. Lipsia, 1868
(5) Chauvet — Du danger des medic. actifs dans les cas des lésions rènales. Thèse de Paris, 1877.
(6) Rozsahegyi — Experimentelle Beiträge zur physiologische Wirkung des Iods - *Yahresberichte und Fortschritte der Pharmacie*, 1878.
(7) Geysler — Zur Frage der Erscheinung des Iods durch die Nieren, Inaug. Dissert., St. Petersburg, 1888.
(8) Duchesne — Contribution à l'étude des jodiques. Thèse de Paris, 1885.
(9) Calantoni — Sull'assorbimonto del joduro di potassio per clistere e sulla durata della sua eliminazione. *Riforma medica*, Vol. II, 1892.

Digitized by Google

38-40 ore; Terribile (1) invece ammette che l'iodio, dato per via gastrica o per via ipodermica, persiste nell'orina per diversi giorni.

Andreetta (2) ha ottenuto, dando per via gastrica 20 centg. di joduro di potassio, una durata totale di eliminazione di 27-29 ore nella saliva e 30-35 nell'orina; negli ammalati di mente ha poi riscontrato un ritardo nell'inizio della eliminazione ed un maggiore prolungamento della sua durata, più accentuati negli stati di depressione e meno negli stati psichici non gravi.

Complessivamente vediamo che dal maggior numero degli osservatori si ammette che la eliminazione totale del KI avviene entro un termine che varia dalle 24 ore (Dalton de Boston) ed anche da mezza giornata (Wolff) sino ad alcuni giorni (Rabuteau, Gluber, Chauvet, Kuscmann, Wolff), ed in genere con durata in proporzione diretta alla dose somministrata.

Maggiore accordo riscontriamo intorno all'inizio della eliminazione stessa che, con lievi distanze fra l'orina e la saliva, è in genere ammessa entro i 10 minuti (Kuscmann, Abele, Penzoldt, Faber, Wolff, Sticker, Guetsch, Zweifel, Sansoni, Boas, Andreetta) o dopo 13 (Bouchard, Scholtze) o al massimo dopo 15 a 20 minuti (Kuscmann, Duschesne).

***

Riassunti così brevemente i principali studi sull'argomento, a noi noti, veniamo ora ad esporre i risultati delle nostre ricerche, facendoli precedere qui pure dalla descrizione del modo con cui abbiamo condotte le esperienze.

METODO DELLE RICERCHE

Per le ragioni già esposte abbiamo limitato questo secondo gruppo di esperienze ad un numero assai minore di infermi, scegliendo un uomo ed una donna per ognuna delle tre forme della demenza precoce; sono quindi sei i malati qui presi in esame, e che corrispondono alle osservazioni V, VIII, XII, XVIII, XXII, XXX di quelli studiati nella eliminazione del bleu di metilene.

(1) Terribile — Sull'eliminazione dell'jodio dall'organismo - *La Clinica medica italiana*, 1900.

(2) Andreetta — l. c.

Digitized by Google

Nel trattamento dei malati, orario e andamento delle esperienze abbiamo seguito il metodo usato dianzi, con la sola differenza che il paziente è stato tenuto alzato anche nel primo giorno di esperienza.

Il KI chimicamente puro, cioè scevro di acido jodico, era somministrato agli infermi per via gastrica, alla dose di cgm. 20 in cachet ermeticamente chiuso, a cui subito seguiva la ingestione di grammi 100 di acqua.

Appena dato il joduro si esaminava immediatamente la saliva per accertarsi che nella ingestione nessuna particella di joduro fosse venuta a contatto della mucosa boccale e faringea; poscia si proseguiva regolarmente l'esame dell'orina fatto, previo completo vuotamento della vescica, di 10 in 10 minuti sino a che presentava il massimo di intensità di reazione, e successivamente ogni due ore durante la giornata e ogni 4 ore durante la notte, sino a 12 ore dopo la completa scomparsa di ogni traccia di jodio.

Contemporaneamente la ricerca era fatta anche su la saliva, che, presentando un altro importantissimo mezzo di eliminazione del KI dall'organismo, abbiamo stimato opportuno associare all'esame delle orine; mentre, per la stagione in cui sono state eseguite queste esperienze, abbiamo naturalmente trascurato di esaminare il sudore. La saliva, raccolta immediatamente dopo la ingestione del joduro, era poi esaminata ogni 2 minuti sino alla comparsa della reazione intensa, e successivamente con l'identico metodo seguito per l'orina.

Per la ricerca dell'jodio, sì nella orina che nella saliva, ci siamo valsi delle note reazioni della salda d'amido e del cloroformio con l'acido nitroso nitrico; e negli esami abbiamo tenuta la scala già usata per la reazione del bleu di metilene, divisa cioè nei quattro gradi seguenti: 1 reazione accennata; 2 reazione discreta; 3 reazione evidente; 4 reazione intensa.

RISULTATI

1. — *Negli individui normali*

Alle esperienze sugl'infermi abbiamo qui pure fatte precedere alcune ricerche, condotte con l'identico metodo ed in condizioni di ambiente e di vita per tutto il più possibilmente simili a quelle dei malati, in alcuni individui normali; nei quali abbiamo ottenuti risultati quasi totalmente concordi con quelli già avuti da Andreetta e da altri osservatori.

Abbiamo creduto utile ricercare qui pure tale conferma per avere un dato di confronto più preciso, e che si rendeva tanto più necessario

Digitized by Google

per i risultati spesso notevolmente discordi ottenuti da altri sperimentatori, dovuti forse alle diverse condizioni delle esperienze, e che avrebbero quindi costituito per noi un termine di paragone erroneo od almeno inesatto ed inefficace.

Sugl' individui normali da noi esaminati abbiamo potuto osservare con notevolissima costanza, che la eliminazione del KI si inizia prima nella saliva, dove appare dopo 6-10 minuti, e segue poi subito nella orina, dopo 10-15 minuti; fra i 20 e i 30 minuti raggiunge in entrambe una reazione evidente, che assai presto sale ad un massimo di intensità, il quale si prolunga sino verso la 10ª ora, poi lentamente diminuisce per scomparire attorno alla 30ª ora dalla somministrazione del joduro. La linea di eliminazione è stata sempre ciclica continua.

2. — *Nei dementi precoci*

I fatti che abbiamo potuto osservare in questa serie di esperienze presentano molta analogia con quelli già constatati nella eliminazione del bleu di metilene. Qui pure abbiamo un notevole ritardo nell' *inizio della eliminazione*, meno accentuato negli ebefrenici, nei quali già si ha una prima reazione dopo 15 minuti, dalla somministrazione del KI nella saliva e dopo 30 nell' orina; e più forte nei paranoidi, dove la reazione non appare nella saliva e nell' orina che rispettivamente ai 25 e 45 minuti; e nei catatonici, nei quali il ritardo raggiunge nella saliva i 30 minuti e i 45 nella orina.

Fatti simili osserviamo pure riguardo alla comparsa della *massima intensità* di reazione, che negli ebefrenici si ha alle ore 1,35 nella saliva e alle ore 1 nella orina, nei paranoidi alle ore 1,40 nella saliva e alla 4.ª ora nella orina, e nei catatonici rispettivamente alle ore 1,45 e alle ore 6, dopo la somministrazione del KI.

La durata totale della eliminazione poi è in tutte tre le forme pressochè uguale, ed oscilla fra le 46 e le 50 ore.

Riguardo ai due sessi, si osserva qui pure nelle donne un maggiore prolungamento della durata di eliminazione, che si accompagna ad un ritardo un pò più accentuato che negli uomini tanto nell' inizio della eliminazione stessa quanto nella comparsa della maggiore sua intensità.

Il tipo della eliminazione ha presentato minore irregolarità che per il bleu di metilene, ed ha avuto sempre la forma policiclica continua.

Tutti questi fatti sono raccolti nelle seguenti due tabelle, di cui la prima presenta i risultati divisi secondo la forma morbosa degli infermi, l' altra secondo il sesso.

Digitized by Google

TABELLA VI.

Media delle osservazioni sulla eliminazione del Ki nei dementi precoci, secondo la forma morbosa

Ore dopo l'assunzione del Ki	D. p. ebefrenici [N. 2]		D. p. catatonici [N. 2]		D. p. paranoidi [N. 2]		Media delle tre forme		Osservazioni
	REAZIONE DELL'I.		REAZIONE DELL'I.		REAZIONE DELL'I.		REAZIONE DELL'I.		
	nella saliva	nell'urina	nella saliva	nell'urina	nella saliva	nell'urina	nella saliva	nell'urina	
0 05	nulla		nulla		nulla		nulla		
0 10	,,		,,		,,		,,	nulla	
0 15	accennata	nulla	,,	nulla	,,	nulla	,,		
0 20	discreta		,,		accennata		accennata		
0 25	,,		,,		,,		discreta	accennata	
0 30	evidente	discreta	accennata	,,	discreta	,,	,,		
0 35	,,		,,		,,		,,	discreta	
0 40	,,	evidente	,,	accennata	evidente	accennata	,,		
0 45	,,		discreta		,,		evidente		
0 50	,,		,,		,,		,,		
0 55	,,	intensa	,,	,,	,,	discreta	,,	,,	
1	,,		,,		,,		,,		
1 05	,,		,,		,,		,,		
1 10	,,	id.	evidente	discreta	,,	,,	,,	evidente	
1 15	,,		,,		,,		,,		
1 20	,,		,,		,,		,,		
1 25	,,	id.	,,	,,	,,	evidente	,,	,,	
1 30	,,		,,		,,		,,		
1 35	intensa		intensa		intensa		intensa		
1 40	id.	id.	id.	evidente	id.	,,	id.	,,	
1 45	id.		id.		id.		id.		
1 50	id.		id.		id.		id.		
1 55	evidente		id.		id.		id.		
2	,,	id.	id.	,,	id.	,,	id.	,,	desinare
4	intensa	id.	id.	,,	id.	intensa	id.	intensa	
6	evidente	id.	id.	intensa	id.	evidente	evidente	id.	cena
8	,,	id.	evidente	evidente	evidente	,,	,,	evidente	
10	,,	id.	,,	,,	,,	evidente	,,	,,	
14	,,	evidente	,,	,,	,,	,,	,,	,,	
18	,,	,,	,,	discreta	,,	discreta	,,	discreta	colazione
22	,,	,,	discreta	,,	discreta	accennata	discreta	,,	desinare
26	discreta	discreta	,,	accennata	,,	accennata	,,	accennata	cena
30	accennata	accennata	accennata	,,	accennata	,,	accennata	,,	
34	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	
38	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	,,	
42	,,	,,	,,	nulla	,,	nulla	,,	nulla	colazione
46	,,	nulla	,,	,,	nulla	,,	nulla	,,	
50	nulla	,,	nulla	,,	,,	,,	,,	,,	

Digitized by Google

TABELLA VII

Media delle osservazioni sulla eliminazione del KI nei dementi precoci, secondo il sesso

Ore dopo l'assunzione del KI	D. p. uomini [N. 3]		D. p. donne [N. 3]		D. p. uomini e donne [N. 6]		*Osservazioni*
	REAZIONE DELL' I.		REAZIONE DELL' I.		REAZIONE DELL' I.		
	nella saliva	nell' urina	nella saliva	nell' urina	nella saliva	nell' urina	
0 05	nulla		nulla		nulla		
0 10	,,	nulla	,,	nulla	,,	nulla	
0 15	,,		,,		,,		
0 30	accennata		accennata		accennata		
0 45	discreta	accennata	,,	accennata	discreta	accennata	
0 60	,,		,,		,,		
0 65	,,		discreta		,,		
0 40	,,	discreta	,,	,,	,,	discreta	
0 45	evidente		,,		evidente		
0 50	,,		,,		,,		
0 55	,,	,,	,,	discreta	,,	,,	
1	,,		,,		,,		
1 05	,,	**evidente**	evidente	,,	,,	evidente	
1 10	,,		,,		,,		
1 15	,,		,,		,,		
1 20	,,	**id.**	,,	evidente	**intensa**	,,	
1 25	,,		,,		**id.**		
1 30	**intensa**		,,		**id.**		
1 35	**id.**		,,		**id.**		
1 40	**id.**	**id.**	,,	,,	**id.**	,,	
1 45	**id.**		,,		**id.**		
1 50	**id.**		,,		**id.**		
1 55	**id.**		,,		**id.**		
2	evidente	**id.**	,,	**intensa**	**id.**	,,	desinare
4	,,	**id.**	**intensa**	**id.**	**id.**	**intensa**	
6	,,	**id.**	evidente	**id.**	evidente	**id.**	cena
8	,,	**id.**	,,	evidente	,,	evidente	
10	discreta	discreta	,,	,,	,,	,,	
14	evidente	,,	,,	discreta	,,	,,	
18	,,	,,	,,	evidente	,,	,,	colazione
22	discreta	,,	discreta	,,	discreta	discreta	desinare
26	,,	accennata	,,	accennata	,,	accennata	cena
30	accennata	nulla	accennata	,,	,,	accennata	
34	nulla	,,	,,	,,	accennata	,,	
38	,,	,,	,,	,,	,,	,,	
42	,,	,,	,,	nulla	,,	nulla	colazione
46	,,	,,	nulla	,,	nulla	,,	
50	,,	,,	,,		,,		

Digitized by Google

Questi sono i fatti, indubbiamente notevoli, che risultano dalle nostre esperienze, e che noi abbiamo voluto esporre con la massima obbiettività, evitando di proposito quegli apprezzamenti e quelle interpretazioni che potrebbero essere tacciate di arditezza od almeno di prematurità, e che, se sarà del caso, riserberemo per quando questo nostro studio sul ricambio nei dementi precoci sarà più completo e corredato da altre ricerche, di cui già abbiamo in corso alcune sull'esame dei principali componenti dell'orina.

Ci limitiamo quindi a riassumere, come conclusioni, i risultati sin qui ottenuti.

CONCLUSIONI

Dalle nostre ricerche risultano i seguenti fatti:

I. La eliminazione del bleu di metilene: *negli individui normali* si inizia costantemente entro la prima mezz' ora dalla iniezione, alla 4.ª ora già ha raggiunto il massimo di intensità, e la sua durata totale è in media dalle 80 alle 90 ore; nelle donne si prolunga più che negli uomini. La linea di eliminazione ha il tipo policiclico continuo.

II. *Nei dementi precoci* l' inizio della eliminazione appare sempre con ritardo, che talvolta è anche di qualche ora, il massimo di intensità non si raggiunge che alla 12.ª ora, e la durata totale si prolunga negli uomini sino circa alla 100ª ora e nelle donne alla 130ª, aggirandosi nella media complessiva attorno alle 120 ore. La linea di eliminazione ha il tipo policiclico discontinuo, spesso anche dissociato.

III. Rispetto alle tre varietà della demenza precoce si notano i fatti seguenti:

a) *negli ebefrenici* la eliminazione ha un andamento che più si accosta a quello dei normali, è più rapida che nelle altre due forme, alla 8ª ora presenta già una reazione intensa, e fra le 100 - 110 ore scompare; la sua durata totale poco si differenzia nei due sessi.

b) *nei catatonici* la eliminazione è assai più lenta tanto nell' inizio che nella durata, la quale raggiunge negli uomini 110 ore e nelle donne circa 130, nella media 120 ore circa; il massimo di intensità appare ordinariamente fra la 12ª e la 24ª ora.

c) *nei paranoidi* l' inizio della eliminazione è più rapido che nelle altre due forme, mentre poi la durata totale si prolunga oltre le 120 ore, con notevole distacco fra i due sessi (100 ore negli uomini, 150 ore nelle donne); la massima intensità si ha circa alla 12ª ora.

IV. La eliminazione del joduro di potassio: *negli individui normali* appare nell' orina dopo 10 - 15 minuti dalla somministrazione,

Digitized by Google

nella saliva dopo 6 - 10 minuti; raggiunge in entrambe una reazione evidente attorno ai 25 minuti, per salire presto ad un massimo di intensità che si prolunga sino verso la 10ª ora, poi lentamente diminuisce per scomparire attorno alla 30ª ora. La linea di eliminazione è ciclica continua.

V. *Nei dementi precoci* l' inizio della eliminazione presenta tanto nella orina che nella saliva un notevole ritardo, più accentuato nei catatonici e nei paranoidi. meno negli ebefrenici; ritarda pure notevolmente, di oltre un' ora, l' apparire del suo massimo di intensità; e la durata totale si prolunga per circa 50 ore. Il tipo di eliminazione poco si discosta dal normale, ed è policiclico continuo.

Ferrara, Dicembre 1903.

N. B. — Di questo lavoro fu pubblicata una nota preventiva nella *Riforma Medica* del 3 Febbraio 1904.

Digitized by Google

CLINICA PSICHIATRICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI PADOVA

diretta dal Prof. E. BELMONDO

Intorno ai rapporti fra le " Psicosi isteriche „ e la " Demenza primitiva „

NOTA CLINICA

DEL DOTTORE

GIULIO OBICI

Docente e Vicedirettore nel Manicomio di S. Servolo

già Ajuto clinico

Le maggiori difficoltà che si oppongono ad una sicura nosografia psichiatrica stanno nel fatto che, essendo le malattie mentali espressioni di patimento di un solo organo, del cervello cioè, in quanto esso è sede dei processi psichici, hanno fra di loro molti punti di contatto e sintomi comuni anche quando la loro eziologia e la natura siano profondamente diverse. Avviene per le malattie del cervello, quantunque in modo molto più complesso, ciò che avviene per le malattie degli altri organi. Le polmoniti, ad esempio, si manifestano tutte con diminuizione dell' area polmonare respirante, con ottusità, con rantoli. con febbre, ecc; ma eppure profonde, irriducibili differenze vi sono fra di loro.

Quando si crea una nuova entità nosologica, perchè essa conservi la dignità di vera malattia a sè, non conviene soltanto raggruppare certi sintomi e dimostrare la frequenza colla quale essi si aggruppano in quel determinato modo, ma bisogna anche separare la nuova sindrome dalle sindromi analoghe e colle quali prima si confondeva, dimostrando come le molte simiglianze non siano essenziali, e mettendo in rilievo le caratteristiche fondamentali che le differenziano.

Non può perciò una classificazione basarsi sul solo criterio sintomatologico: esso conduce necessariamente ad estendere e a confondere tra loro i vari quadri morbosi, mentre il solo criterio clinico sincretico vale a differenziarli e a fissarli in vere e proprie malattie.

Non devo adunque fare meraviglia se, specialmente in psichiatria, non esistono veri sintomi patognomonici, ed è grosso errore soltanto sopra di essi basarsi per formulare una diagnosi, senza rilevare se per avventura quelli non fossero sintomi di qualche altra malattia, magari tuttora mal definita. Bisogna osservare quali altre manifestazioni mor-

Digitized by Google

bose li accompagnino e stabilire se tutto il quadro morboso, nel quale essi campeggiano, sia davvero conforme alle caratteristiche della malattia sospettata.

Ma nella clinica, ove scarseggiano i mezzi strettamente obbiettivi per formulare una diagnosi diretta, è facile lasciarsi trascinare dalla tendenza affatto subbiettiva, rappresentata nella « legge del minimo sforzo », a dare ai fatti una capziosa interpretazione personale.

Creato sopra giusti motivi un quadro nosologico, se anche i pochi sintomi ritenuti patognomonici compajano accompagnati da altre manifestazioni che ne cambino in tutto o in parte la fisonomia ed il valore, dai molti si preferirà allargare e deformare i limiti delle sindromi cliniche entro i quali la giusta osservazione li aveva costretti, piuttosto che accettare una nuova forma nosologica.

Avviene in certi casi una speciale polarizzazione delle idee nella mente degli psichiatri. A determinarla ha influenza non poca la moda.

Esempio classico la paranoja: combattuta dapprima come forma nosologica, accettata poi con entusiasmo e dai primi autori delimitata nei giusti confini di una forma delirante originaria, senza successivo passaggio a demenza. Ma subito dopo il primitivo concetto si perde e dilaga in infinite suddivisioni: nella paranoja secondaria, in quella acuta, allucinatoria, logorroica, incoerente, nevrastenica, paralitica, ecc. Ogni giorno le braccia della nuova forma morbosa divenivano più lunghe, ad accogliere qualunque malato che delirasse e presentasse fatti allucinatorî.

Ma un esempio che tocca più davvicino il nostro argomento, e che meglio dimostra l'influenza dei sintomi cosidetti patognomonici nella creazione di diagnosi poco esatte, lo abbiamo nella « Frenosi isterica ».

La Clinica neuropatologica si era affaccendata per molti anni a fissare in pochi sintomi costanti la diagnosi del proteiforme isterismo, ed aveva anzi dato ad essi il nome di *stigmate*.

Queste sembravano altrettanto sicuri elementi di diagnosi, quanto erano facili a ricercarsi in qualunque malato, ed i psichiatri le trovarono un poco da per tutto, nei malati depressi come negli eccitati, nei deliranti come negli indementiti e crearono a volta a volta una melanconia ed una mania isterica, una paranoja isterica, e perfino una demenza isterica.

La verità è che le così dette stigmate dell'isterismo non sono esclusive di questa forma.

È noto come sintomi di lesioni organiche intracerebrali possono assumere aspetto isteriforme, anche quando non vi siano mai state nell'infermo traccie di isterismo.

Io ricordo di avere osservato qualche anno fa, dapprima in una sala medica dell'Ospedale Civile di Padova, poi nella Clinica Psichiatrica

Digitized by Google

una giovanetta di 17 anni, nella quale, essendosi presentati nei primi mesi di malattia malessere generale, disturbi mestruali, facili lipotimie, qualche disartria, lievi amnesie, svariati disturbi di natura ipocondriaca, variabilità di umore, tutto questo complesso e indefinito quadro clinico, prima dell' ingresso della suddetta inferma in Clinica, era stato attribuito all' isterismo, perchè eransi riscontrate due zone anestesiche in corrispondenza delle regioni mammarie.

Ebbene le zone anestesiche scomparvero dopo qualche mese, mentre tutti gli altri sintomi si aggravarono e con altri fisici e psichici si complicarono, sì da rendere evidente la diagnosi di paralisi progressiva.

Ora l' ammalata è morta in preda a marasma, confermando coll' esito funesto la verità dell' ultima diagnosi.

Se dunque in morbi a base anatomica ben netta, sia diffusa, sia circoscritta, si riscontrano sintomi isteriformi, è presumibile che più frequentemente ancora si riscontrino in forme nervose e mentali a carattere prettamente funzionale.

Una malattia mentale, più delle altre, offre moltissimi punti di simiglianza, specialmente nel suo inizio, coll' isterismo, ed è la « demenza primitiva ». Poichè essa è una nuova forma clinica, non ancora accettata come tale da tutti gli alienisti, vale forse la pena di metterne in evidenza i confini dimostrandone le simiglianze e le differenze coll'isterismo.

Io e il Maggiotto ci siamo di conserva nella Clinica Psichiatrica di Padova, per consiglio del Prof. Belmondo, proposto il complesso problema, portando ciascuno di noi alla sua soluzione un diverso gruppo di fatti, ma giungendo alle stesse conclusioni.

Io ho minutamente analizzato nella Clinica alcuni malati di demenza primitiva che presentavano sintomi di non dubbio carattere isteriforme, mentre il Maggiotto (1) procedeva nell' Ospedale di Venezia ad una larga osservazione statistica sull' esito sopravvenuto dopo qualche anno in centinaia di malate, nelle quali i medici, chiamati a giudicare della malattia, avevano formulata la diagnosi di « Frenosi isterica ».

I risultati delle diverse osservazioni formano oggetto di queste nostre comunicazioni.

Per mio conto mi sono proposto di dimostrare:

1.° Come moltissimi, se non tutti, i sintomi nervosi dell' isterismo possono riscontrarsi nel corso della demenza primitiva.

2° Come anche molti degli atteggiamenti mentali dell' isteria, e dei quadri clinici (le così dette « psicosi isteriche ») possono apparire episodicamente anche nei dementi.

---

(1) Maggiotto — Le così dette « stimmate isteriche » e la demenza precoce. *Giorn. di Psichiatria clinica e tecn. manicomiale*, 1904, F. 1 - II.

Digitized by Google

3.° Come infine neppure certe modificazioni apportate ai sintomi della demenza dalle cure suggestive bastino in alcuni casi a rendere sicura la diagnosi di isterismo.

Osservazione 1.ª — Ser... Ev... di anni 19, vetraio, celibe, di Padova.

Nonna materna morta di demenza senile, padre strenuo bevitore. Il Ser. è un giovinotto forte, di costituzione robusta: soffrì di pleurite a 17 anni, ma guarì bene: di intelligenza normale, di carattere allegro, sessualmente assai eccitabile, assiduo onanista.

Il 1 Gennaio 1901 il Ser. si ubbriacò con vino e liquori: il giorno dopo, in rissa con un compagno, riportò parecchi, sonori pugni sul capo. La mattina del 3 egli afferma a suo padre di aver due ferite al collo, e ne vede il sangue, mentre in realtà non presenta neppure una graffiatura; si mostra agitato, in preda a paura, si arma di rivoltella, sussulta al nome del compagno che lo ha percosso, dice che è stato da lui rovinato, e vuole essere vendicato. Nelle settimane seguenti seguita ad esser di malumore, facilmente irritabile, ipocondriaco: fugge di casa e non vi fa ritorno che dopo due settimane. È costretto poi ad abbandonare il lavoro e allora vive in casa, quasi sempre a letto, accusando nausee, qualche volta vomiti, cefalea intensa al vertice, accessi convulsivanti di tutte le membra, spasmi nei muscoli del viso specialmente a sinistra. Manifesta qualche idea delirante e vaghi propositi di suicidio per la convinzione di non poter più guarire.

Entra in Clinica il 13 Aprile 1901.

Al suo entrare il Ser. è mentalmente molto confuso, e presenta di caratteristico delle contrazioni spasmodiche dei muscoli della metà sinistra del viso, che scoppiano a gruppi della durata ciascuno di qualche minuto; qualche volta si fanno più intense e si associano a movimenti clonici disordinati del tronco e degli arti. Il malato allora si gitta sul letto, si contorce, si rotola, dimena le braccia e le gambe disordinatamente, emette grida e lamenti, e spesso urina in letto.

Gli spasmi clonici del viso continuano e si generalizzano anche alla metà destra. Dopo circa 2 ore l'ammalato si calma, e volentieri con voce lamentosa e monotona narra dei suoi mali.

I suoi discorsi sono quasi sempre ordinati e logici, quantunque rivelino una esagerata paura dei suoi mali, ma a volte sono mescolate ad essi frasi incoordinate e senza senso che accennano specialmente ad idee erotiche, a passioni avute o desiderate dall'inferno, ad immagini o a sogni lubrici.

Afferma che quando ha il *convulso* lo assale anche un forte dolore al capo e quantunque non perda del tutto la coscienza non ha tuttavia una chiara percezione dell'ambiente. Si accorge ad esempio quando si urina addosso, ma non ha la energia, nè la volontà di recarsi al vaso.

All'esame obbiettivo non si rileva nulla di anormale negli organi toracici. Alvo stittico, lingua impaniata - *Sistema nervoso.* La sensibilità tattile è conservata, ma poco preciso il senso di localizzazione dello stimolo, esagerata la dolorifica. Vi è esaltamento dei riflessi superficiali e profondi, all'infuori del faringeo che è quasi abolito.

Digitized by Google

Vi è ptosi sinistra, i movimenti del bulbo oculare sono perfetti: pupille eguali, riflessi pupillari normali. Lieve deficenza dei muscoli nella metà destra del viso. Lingua sporta diritta, movimenti passivi ed attivi in tutto il corpo normali.

La pressione al bregma determina vivo dolore. L'ammalato accusa poi senso vago di malessere, palpitazioni violente, nausee frequenti, intensa cefalea.

L'ammalato ha presentato nelle ore del pomeriggio cefalea al vertice, gravativa, senso di possatezza, palpitazione cardiaca.

Non ha però presentato attacchi convulsivi. Seguita a disperare della guarigione. Si alza per girare qua e là per la stanza come smarrito, per poi rigettarsi nel letto, a volte piangendo.

16 Aprile 1901 — Ha avuto oggi nel mattino qualche scossa convulsiva nella metà sinistra del viso, è poi stato, circa un'ora, cogli occhi chiusi dicendosi impossibilitato ad aprirli.

Ha avuto anche male di capo per circa due ore.

18 Aprile 1901 — Stamane ha presentato scosse convulsive alla metà destra del viso, specialmente limitate ai muscoli orali. Stirava in basso e di lato l'angolo labiale di destra con movimenti ritmici.

Al nostro entrare, appena chiamato cessa il movimento per mettersi a dare conto, lamentandosi, di tutti i suoi mali. La ptosi è di molto diminuita. Il Ser. è di aspetto fisico migliorato, ma egli seguita a dire che morirà: piuttosto che durare a lungo in tale stato, preferirebbe noi gli dessimo un veleno.

Accusa nuovamente forti palpitazioni. Non si notano alterazioni speciali nei focolai del cuore all'ascoltazione. Il Ser. ha tuttavia un evidente impulso cardiaco esagerato, il polso molto frequente e qualche volta aritmico.

20 Aprile 1901 — Continua la grande variabilità dei sintomi dei giorni scorsi. Nella stessa giornata il Ser. presenta i più diversi quadri: ora è il male di testa che lo tormenta, ora gira su e giù per la stanza cogli occhi chiusi, dichiarando che non li può aprire: di lì a poco li apre e molto bene, sicchè sembra essere scomparsa del tutto la ptosi, ma poi va a gettarsi sul letto, perchè gli viene il *convulso*, e allora, o presenta scosse ritmiche dei muscoli del viso di questa o quella metà, o fa boccacce di ogni genere, o cade in convulsioni. In tali momenti è sudicio e si urina addosso.

Dalla sezione tranquilli ove ora si trova è passato nella divisione agitati, perchè sudicio.

22 Aprile 1901 — Il malato è scontento di essere nella divisione agitati, non mostra più tanta variabilità di sintomi. La ptosi oggi è scomparsa. Chiede di tornare in sezione tranquilli. Gli si dice di sì, purchè prometta di non urinare in letto. Egli dichiara che si alzerà ad urinare anche quando ha il « convulso ».

23 Aprile 1901 — Il malato ha avuto stamane un periodo di circa una ora in cui si è gettato nel letto avendo forte dolore di capo e facendo mille boccacce. Ha mantenuto però le sue promesse e non ha sporcato il letto.

25 Aprile 1901 — È ricomparsa, più lieve, la ptosi che nei giorni scorsi era scomparsa, non ha più presentato contrazioni nei muscoli del viso. Ac-

Digitized by Google

cusa un dolore al costato sinistro, ove ebbe la pleurite. Nulla di speciale alla percussione e all'ascoltazione.

27 Aprile 1901 — Si continua con opportuni discorsi la cura suggestiva.

Persiste il miglioramento, ma il Ser. ha momenti di depressione. Chiede allora di essere avvelenato. Non è più sudicio.

28 Aprile 1901 — Chiede di andare a casa, ma gli si fa osservare che il suo desiderio sarà esaudito quando ogni fenomeno morboso sarà scomparso.

29 Aprile 1901 — L'ammalato ha passato una notte buonissima: appare migliorato nelle sue condizioni sia organiche che psichiche: il fenomeno della ptosi è sensibilmente diminuito. Oltre a ciò l'ammalato discorre di sua iniziativa e volentieri: la fisonomia è più animata.

Racconta con molta chiarezza di ricordo e di esposizione la sua storia quale appare dalla cartella.

12 Maggio 1901 — Il malato nei giorni scorsi ha presentato un notevole miglioramento. Non più periodi accessuali di cardiopalmo, nè convulsioni, non più idee ipocondriache.

È ripreso oggi dai parenti.

I traumi riportati in rissa, e dei quali dal confuso racconto del malato non si poteva determinare la gravità, l'intensa cefalea, le nausee, i vomiti, le vertigini con obnubilamenti della vista, gli spasmi localizzati nei primi giorni ai muscoli facciali di sinistra, e che a volte si estendevano a convulsioni generali, la ptosi sinistra, ci fecero dubitare nei primissimi esami di una qualche lesione organica intracranica. Ma la successiva variabilità degli spasmi nelle due metà del viso, la incostanza della ptosi, gli speciali caratteri indefiniti e strani dei periodi convulsiviformi, lo scomparire dei fenomeni tutti colla suggestione allo stato di veglia ci indussero invece a formulare la diagnosi di isterismo.

In essa sembravano confermarci il contegno del malato, la conservazione discreta della coscienza nei periodi convulsivi, gli stessi caratteri poco definiti delle convulsioni. Anche la causa occasionale nello shok psichico della paura del manesco compagno spiega bene l'insorgere rapido della forma.

In così armonico accordo dei sintomi non sembravano contraddire alla diagnosi i fatui discorsi al padre di « buchi al collo » inesistenti e delle minaccie al compagno, l'urinare a letto durante i periodi del « convulso », le molte boccaccie fatte dal malato accessualmente. Anche l'esito in pronta guarigione con una semplice cura suggestiva veniva a dissipare ogni sospetto, ma l'avvenire doveva dimostrarci poco dopo come i tre sintomi sopraccennati, che sembravano non aver alcuna importanza per la diagnosi, fossero invece le sentinelle avanzate della vera malattia.

Il Ser. Everardo, dopo uscito il 12 Maggio, apparve normale per qualche tempo, sino cioè al giorno 19 Agosto 1901. Egli era tranquillo, discorreva volentieri e sensatamente, dormiva sonni quieti.

Digitized by Google

Il giorno 19, giornata di gran caldo e sole, esce a fare una lunga gita in campagna. La mattina dopo alzandosi ebbe una piccola lite con il fratello minore, s'adirò fuor di misura e lo rincorse, eccitatissimo, per batterlo. Da quel momento riprese a tenere dei discorsi strampalati.

Diceva che le donne sono tutte infami e ch' egli voleva sputar in faccia alla prima che avesse incontrato, e, uscito di casa, mise in atto il suo sciocco progetto. Poi attaccò briga con il conduttore del tram, perchè non voleva pagare la corsa e fu allora accompagnato in questura, e di là riconsegnato al padre.

Nei giorni che seguirono apparve agitato e confuso, tanto che il padre si decise a riaccompagnarlo in Clinica. Qui presentò un quadro diverso dall' altra volta, ma nel quale si notava il persistere e il rifiorire di alcuni dei sintomi del primo quadro clinico.

Non più sintomi motori di localizzazione, non atti convulsivi, ma persistono accessualmente i contorcimenti strani e le boccaccie: persistono anche i lamenti di dolori immaginari e di sensazioni ipocondriache, ma sono espressi quasi ridendo e sono accompagnati da una grande variabilità di umore. Evvi poi fatuità di contegno e di ragionamento, incoordinazione nei discorsi e negli atti, idee deliranti staccate ed assurde, nelle quali si accentuano quelle tendenze erotiche, quei sogni lubrici, quelle preoccupazioni sessuali, che già abbiamo veduto comparire nell' infermo, a sbalzi, nella sua prima degenza in Clinica. Tutto ciò risulta dalla lettura di qualche diario:

28 Agosto 1901 — È eccitato, ride, dice che è un gran cacciatore, che deve andare a prendere un fucile a retrocarica e due cani, ed altri discorsi strani in cui vi sono manifestazioni di grandezza molto futili. È orientato nel tempo e nell' ambiente, riconosce il luogo e le persone, non è meravigliato, nè addolorato di essere ritornato e dice che presto lo rimetteranno in libertà, perchè egli deve andare a caccia.

8 Ottobre 1901 — Il Ser. due giorni or sono incominciò improvvisamente a percuotere sui tavoli e sulle porte gridando che voleva uscire e agitandosi. Fu passato in sezione agitati. Ha tenuto poscia un contegno tranquillo, ma chiedeva di andare a casa, lamentando l' ingiustizia della reclusione. Stamane è venuto a raccontare ai medici: « Nel trattenere me trattenete Gesù Cristo, ho fatto da basso qualche giorno fa una grande scoperta come un miracolo del Santo. Fumando, ho sentito il cervello dietro che si muoveva, si apriva. Quando si apre vado via colla testa, non sono più in sentimenti, quando si chiude allora sto bene. Questo (accenna alla regione del cervelletto) è dove c' è la pronuncia... Ma è inutile che io spieghi, se no il Professore mi tiene qui dentro, dice che io sono matto, mentre è una scoperta fatta senza che nessuno mi dica niente ».

9 Dicembre 1901 — Il Ser., che finora si era mantenuto stazionario, oggi è entrato in uno stato di eccitazione. Al mattimo fu trovato che aveva scucito il materasso e che, per l' apertura eseguita, vi era entrato col capo. Voleva rimanere in quella posizione, ma a forza ne fu tolto. Cominciò quindi a fare dei discorsi senza alcun senso logico. I concetti si seguono senza che fra di essi vi sia relazione. Racconta fatti allucinatori avuti durante la notte, ed anche al mattino.

Digitized by Google

22 Giugno 1902 — Il Ser. in tutto questo tempo non ha presentato fatti nuovi. Aveva periodi brevi di eccitazione con discorsi strani e confusi, ma più spesso appariva silenzioso, si poneva in posizioni strane, rimanendo a lungo immobile. Interrogato rispondeva a mala pena a monosillabi, in modo fatuo, non sempre a tono. La memoria è male conservata. I fatti della sua vita passata sono travisati, raccontati con molto disordine. L'attenzione scarsa, poco estesa. Gli affetti poco sviluppati. Il senso di orientamento conservato. Coscienza dell'io normale.

23 Giugno 1902 — In queste condizioni è condotto al Manicomio di Castiglione delle Stiviere ove tuttora si trova.

Io lo vidi colà molto tempo dopo e potei confermare la diagnosi di demenza primitiva, forma ebefrenica, col constatare lo sfacelo in cui era caduta la sua mente.

Che il Ser. sia un *demente primitivo* (forma ebefrenica) nessun dubbio. L'indebolimento mentale si manifestò in ogni suo atto, in ogni suo discorso fino dai primi giorni del suo secondo internamento in Clinica, ed è permanente e progressivo, poichè troviamo oggi il Ser..., dopo tre anni di malattia, istupidito, incapace ad ogni lavoro, incoerente e sudicio.

Diremo più oltre come non sia possibile separare il primo accesso di malattia mentale dal successivo e come occorra cancellare la prima diagnosi di isterismo; qui ricordiamo soltanto che la demenza primitiva si rivelava fin da principio con tre sintomi che le sono propri: la grande fatuità di alcuni discorsi e di alcuni atti non proporzionati al consueto contegno ordinato del malato, la curiosa tendenza al sudiciume, il fare boccaccie e smorfie. Ci trovavamo nel caso Ser. di fronte ad un doppio inganno. I sintomi ora accennati, specialmente se fugaci, possono trovarsi anche in qualche caso di franco isterismo, mentre non sembrava a noi fosse molto probabile che la demenza primitiva potesse iniziarsi con tutta l'altra coorte di sintomi, che chiaramente ci designavano la diagnosi di isterismo.

La logica vuole che, fra due o più diagnosi possibili in un dato caso clinico, si scelga quella che l'esperienza medica insegna essere più probabile. Noi, seguendo i dettami della scienza odierna, credemmo più probabile la diagnosi di psicosi isterica, ma i fatti postumi ci dettero torto, e l'avvenire modificherà forse l'esperienza medica nel senso di far ritenere molto più probabile, di quello che fino ad ora si pensasse, la demenza primitiva in quegli individui, che presentassero disturbi mentali associati a stigmate isteriformi.

Osservazione II. — Emma Pav. di anni 23, ebrea, maritata. Eredità psicopatica gravissima, padre morto giovine, nonna morta pazza, pazzi due fratelli della madre, idiota un nipote. L'ammalata non ebbe nei primi anni di vita malattie gravi, fu però anche da bambina di carattere nervoso, facilmente impressionabile, non molto intelligente.

Digitized by Google

A 17 anni ammalò per la prima volta di mente, presentando dapprima grande variabilità di umore, facile irritabilità, insonnia, stranezze di contegno, poi improvvisamente un lungo periodo di mutismo con tendenza all' immobilità e all' inerzia. Fu allora curata da un valentissimo collega di Padova che, avendola giudicata isterica, la guarì in circa un mese con cure ricostituenti e suggestive.

Nell' anno successivo presentò nuovi fatti mentali, caratterizzati da periodi di forte eccitazione e delirio alternantisi a periodi di ostinato mutismo. Anche questa volta lo stesso sanitario ottenne in poche settimane una apparente guarigione coll' isolamento e la suggestione allo stato di veglia.

A 20 anni andò a marito, ma in viaggio di nozze fu ripresa dagli stessi fatti mentali dell' ultima volta, e solo si rimise dopo un mese e mezzo di nuove cure.

Visse poi per quasi due anni presso il marito, fino a che un nuovo accesso di pazzia non la condusse nella nostra Clinica.

La guarigione di questi vari accessi non costituì però mai una vera *restitutio ad integrum*, e i parenti e i conoscenti notarono che da ogni nuova ricaduta la Pav. usciva sempre più indebolita intellettualmente, più instabile negli affetti, più inadatta alla vita sociale e anche al semplice *ménage* della casa. Il matrimonio fu combinato dai parenti nella speranza di eventuali miglioramenti: ma anche nella nuova casa si dimostrò trasandata, inerte, povera di idee, priva di ogni iniziativa, fatua nei discorsi e nel contegno.

La malattia che determinò il suo internamento nella Clinica si iniziò in seguito a dissapori col marito, con notevole agitazione, insonnia, tendenza a percuotere, a fuggire, allucinazioni visive ed uditive, idee deliranti, sconnesse, variabilità massima di umore. Dopo due mesi di inutili cure in casa, la Pav. entrò in Clinica il 22 Nov. 1901. Era allora incinta da 3 mesi.

Il quadro clinico nei mesi di degenza fu dei più vari. Aveva periodi di stupore catatonico con rifiuto del cibo e mutismo, accusava allora con brevi parole parestesie di vario genere, era anche sudicia ed emetteva urina e feci in letto o nei vestiti. Aveva altri periodi di grande agitazione con impulsi a percuotere, a stracciare, a rompere; cantava per ore intere sempre le stesse parole senza senso, con ritmo monotono, ripeteva le mille volte sempre lo stesso atto, era disorientata nello spazio e nel tempo, insensibile ad ogni affetto, aveva allucinazioni specialmente uditive, idee deliranti erotiche espresse con discorsi fatui.

All' esame si riscontra la sensibilità normale, esaltamento di tutti i riflessi all' infuori del plantare e del faringeo diminuiti, motilità conservata ovunque.

La gravidanza faceva intanto il suo corso regolare senza arrecare il menomo disturbo fisico all' inferma e, in apparenza almeno, senza diretto rapporto colla malattia. In vicinanza del parto la famiglia desiderò ritirare in casa la paziente. Il parto si compì felicemente, ma l' ammalata anche nel puerperio apparve debole di mente, fatua, disordinata.

Vive tuttora in famiglia, ma è incapace di regolare da sè stessa la propria vita, perchè indebolita mentalmente.

Digitized by Google

Il caso è interessante dal punto di vista diagnostico, perchè presenta sintomi ad aspetto clinico, che possono avvicinarlo a diversi quadri nosologici.

Non aveva certo campata in aria la sua diagnosi di isterismo il medico che ci ha preceduto nell' esame dell' ammalata, poichè, data la grave eredità, l' età dell' inferma, l' insorgere rapido della forma, il suo facile scomparire colla suggestione, nulla ostava a ritenere isterico il primo accesso di mutismo. E le due successive ricadute, che colle identiche cure tendevano a scomparire in poche settimane, confermavano la diagnosi più che combatterla.

Solo l' ultimo accesso, per la sua gravità, indusse lo stesso collega a dubitare del suo giudizio e a chiedere il soccorso degli specialisti psichiatri nella cura.

Ma se il quadro morboso dell' inferma presentato in Clinica toglie ogni dubbio che si trattasse, in quel periodo almeno, di isterismo, rimane sempre a dimostrarsi che non si trattasse di una nuova forma mentale innestatasi sull' antica isteria e che al solo isterismo fossero dovute le prime manifestazioni morbose.

Torneremo sull' argomento; per ora mi preme rilevare che l' indebolimento mentale consecutivo ad ogni nuova ricaduta, notato dai parenti, ci fa dubitare della natura isterica di quei primi sintomi morbosi, e che il ripetersi anche nell' ultimo quadro di molti dei sintomi nervosi e degli atteggiamenti mentali presentati dall' inferma nei primi accessi, ci fa pensare che le varie sindromi morbose non siano che tappe diverse di una stessa malattia.

Sorge allora la questione: Questa malattia è la frenosi maniaco-depressiva o la demenza primitiva?

Siamo certamente di fronte ad uno di quei casi intermedi fra queste due sindromi patologiche. Già Vedrani e Finzi (1) hanno scritto: « Indiscutibilmente esistono casi in cui il ripetersi di accessi di esaltamento, stupore ecc. prosegue per un lungo periodo di anni, e la brevità e la irregolarità di questi periodi, associati, specie all' inizio, a sintomi isterici, giustifica fino a un certo punto il concetto di alcuni (Binswanger, Schüle) di mettere questi casi fra le follie degenerative. In questi la diagnosi differenziale fra demenza precoce e frenosi maniaco-depressiva è talvolta difficilissima »

Nel caso presente credo dovermi attenere alla diagnosi di demenza primitiva, innanzi tutto per le caratteristiche dell' ultimo periodo di

(1) Vedrani e Finzi - Contributo clinico alla dottrina della demenza precoce. *Riv. sperim. di Freniatria.* 1899.

Digitized by Google

malattia veramente peculiari di tale forma, poi per l' indebolimento mentale persistente anche nei periodi di remissione e progrediente.

Osserv. III. — Or. G. d' anni 19, nubile. Madre morta di tubercolosi, padre morto di vajolo.

Mancano informazioni intorno all' infanzia della malata. A 4-5 anni ebbe il vajolo e ne rimase cieca di un occhio, a 11 anni con una forbice ebbe per inavvertenza a ferirsi l' altro occhio, perdendo anche da questo lato la vista.

A 13 anni, alla morte della madre, entrò nell' Istituto dei ciechi di Padova. Seguì le scuole, apparendo un poco più tarda delle compagne, ma conquistando sempre la promozione. Imparò anche la musica (piano e canto).

Circa 3 anni fa, nel periodo della pubertà, manifestò svariati sintomi nervosi: variabilità di umore, stranezza di contegno, insonnia, sogni terrifici, vomiti incoercibili che furono dichiarati di natura isterica. Si rimise, ma da allora il suo temperamento apparve facilmente variabile, originale, il suo contegno spesso fatuo, i discorsi spesso poco sensati.

Si era fatta più religiosa, ma nello stesso tempo aveva impulsi violenti di collera contro le compagne e le maestre, e usciva in minacce e in parole sconcie. La sua intelligenza, invece che evolvere, sembrò divenire più tarda e meno aperta alle nuove conoscenze.

In questi ultimi mesi si aggiunsero al quadro clinico accessuali scosse convulsive disordinate, allucinazioni notturne, terrifiche e diaboliche, idee deliranti demonomaniache, insonnia ostinata, tentativi di fuga.

Per il timore che l' esempio della Or. potesse essere causa di suggestione sulle compagne, il medico dell' Istituto dei ciechi in Padova provvide presto al suo internamento in Clinica, colla diagnosi di isterismo [1 Luglio 1902].

Nei primi tempi l' ammalata appariva ordinata, laboriosa, di umore indifferente, ma presto, alla prima mestruazione, cominciò a narrare che durante la notte il diavolo veniva a tirarle le coperte e a martoriarla in mille modi; non presentava però una reazione emotiva proporzionata al terrore della scena narrata.

Peggiorò con rapidità. A volte diveniva impulsiva, fatua nel contegno e nei discorsi. Fuggiva i medici, smaniava, si gittava a volte sul letto in preda a forti scosse convulsiformi, a sussulti, a tremori diffusi. Emetteva allora grida acute, più spesso sotto forma di grugniti, come se si ritenesse una bestia; buttava all' aria le coperte e i materassi, andava a dormire sul nudo pavimento o con altre malate, magari gravemente inferme e sucide. Essa stessa diveniva sudicia, laceratrice, violenta contro le infermiere, aveva allucinazioni cenestetiche e psicomotrici verbali, a volte usciva in improperi, e in parole oscene e volgari.

Questi periodi, più spesso mestruali, si alternavano ad altri di maggiore calma. Anche allora l' ammalata non sapeva dare ragione del suo antecedente operato. Altre volte cadeva in uno stato come di stupore. Era difficile farla parlare od agire, manifestava negativismo, e aumento del tono muscolare. Appariva sempre fatua e debole di mente

L' esame obbiettivo, ripetuto diverse volte, rivelò molteplici parestesie, dolore alla pressione sulle regioni ovariche, abolizione dei riflessi faringeo

Digitized by Google

e plantare, esagerazione dei patellari e, come osservavo poc' anzi, nei periodi di stupore, aumento del tono muscolare.

La Or. fu mandata in altro Manicomio il 22 Giugno 1903 colla diagnosi di Demenza primitiva.

Anche in questo caso le prime manifestazioni della malattia furono di tale natura da indurre il medico alla diagnosi di isterismo; mentre poi, senza che si rivelasse in alcun momento una vera discontinuità nella sintomatologia progrediente dell' inferma, in modo da potere determinare il momento d' insorgenza di una nuova forma, le primitive vaghe manifestazioni si andarono a poco a poco integrando in un completo e sicuro quadro della demenza primitiva.

Osservazione IV. — R. Fra. d' anni 21, nubile, domestica.

Padre morto di asma, madre viva e sana, ma in altri tempi ricoverata in Manicomio, pare, per frenosi pellagrosa: di sei fratelli uno è cieco fino dalla nascita.

La Fra. a un anno e mezzo di età ebbe a soffrire, pare, di meningite: a scopo di cura le fu fatta una doppia trapanazione, della quale presenta tuttora le traccie cicatriziali ai lati del bregma. Mestruò a 13 anni, ma fu sempre poco regolare. L' ammalata stessa racconta, con grande lusso di particolari, come sui 14 anni ebbe a notare un notevole gonfiore del ventre senza dolori od altri disturbi, duratole qualche tempo, poi scomparso senza cure.

Andò presto a servizio, ma mutò spesso i padroni per la sua instabilità di carattere, per la tendenza in lei spiccata all' ozio, per le sue stranezze.

È condotta in Clinica il 5 Maggio 1902 in seguito ad una serie di avvenimenti che essa stessa ci raccontò subito fino dalla prima nostra visita con grande profusione di parole e che noi non sapremmo meglio narrare che riportando qui, nelle sue linee principali e spesso colle sue stesse parole, il lungo racconto.

La Fra. narra che, trovandosi un mese, prima del suo internamento, a servizio presso la famiglia di un capitano dell' esercito, ebbe a rimanere in casa sola con lui, essendosi la famiglia recata a fare una gita. Una sera, mentre stava a letto e non sapeva trovare il sonno, d' un tratto la abbagliò un lampo che veniva dalla finestra chiusa. Il lampo si cambiò in una sensazione luminosa di fuoco intenso che essa avvertiva anche a occhi chiusi. In preda ad una forte impressione di paura, scese dal letto ed aperse la finestra e diresse lo sguardo istintivamente verso le finestre della stanza del capitano che le stavano di fronte. Vide che erano aperte, contro il solito, e che mandavano fiamme abbaglianti fino al cielo. Pensò allora di vestirsi, uscì adagio dalla stanza con circospezione e scese le scale; sentì nelle stanze di sopra un tafferuglio indiavolato che si univa allo scrosciare della grandine e della pioggia nella strada ed al rimbombare dei tuoni e delle folgori (si era in Aprile). Presa da un indescrivibile spavento uscì di casa e si ricoverò in un portico adiacente alla casa.

Digitized by Google

Quivi da una siepe di canne vicina vide apparire e scomparire la testa del capitano che la fissava. Essa pensò che il capitano avesse presa la forma di spirito, per seguirla ovunque andasse.

La Fra. dichiara essere stata indotta a questo pensiero dallo « spiritismo », di cui tanto si parla nelle città. Essa chiamò soccorso e quando disse alle vicine accorse ciò che vedeva, tutto era scomparso. Fu consigliata da una ragazza a recarsi, per avere la tranquillità, da un tale che custodiva un cadavere. Essa, non avendo il coraggio, pensò meglio di ricoverarsi in una latteria, nella quale rimase fino a che cominciò a far giorno, sempre in preda alla paura ed alla spaventosa impressione dei fatti avvenuti. In sul mattino battè alla porta di una famiglia vicina che la accolse, dandole da rifocillarsi e da riscaldarsi, giacchè era bagnata fino alla midolla per la pioggia della notte. A giorno fatto, quando vide il capitano, le parve che egli alla sua presenza impallidisse e barcollasse. Decise di allontanarsi da quella casa e di ritornare presso i suoi, dove rimase in preda ad una profonda agitazione nel ricordo costante di quella notte. Sollevata un po', ritornò a servizio presso un' altra famiglia, ma anche là non doveva aver pace, perchè durante la notte sentiva che nelle stanze sopra alla sua si ballava continuamente e non la si lasciava dormire. Alla famiglia apparteneva un giovinotto, che sembra, a detta della Fra., avesse delle simpatie per lei, pur comportandosi sempre con grande riservatezza. Da quella famiglia pure si licenziò. Un giorno, accusando gonfiore al ventre ed un dolore alla scapola, che le dava la sensazione anche come di bestia che le rosicchiasse l' osso, andò a domandare consiglio ad un medico che le ordinò di curarsi con fasciatura, ma pensò meglio guarire rivolgendosi con preghiere alla Madonna.

Fu allora « divinizzata » dal pensiero, che il suo recente padroncino l'avesse deflorata e messa incinta. Fissa in questa idea, venne a Padova col proposito di domandare a quel giovine assicurazione del fatto. Ma non approdò a nulla. Cercò avere spiegazione da vari preti presso cui andava a confessarsi, ma nessuno seppe dirle niente, solo un prete potè, a suo dire, avvalorarle il sospetto. Suo scopo è solo di accertarsi di questa sua rovina, come dice lei, non pretendendo assolutamente di accampare diritti di matrimonio, mostrando invece desiderio di andare monaca. Sa che questa idea è la causa per cui la ricoverarono in Ospedale, ma nega di essere demente e di meritare di starsene rinchiusa, tanto più che in tal modo le è tolto il mezzo di potersi accertare della colpa del suo immaginario amante.

L'esame della sensibilità rivela zone ipoestesiche alle regioni mammarie ed iperestesiche nel dorso lungo la rachide. Riflessi superficiali e profondi esagerati, nessun disturbo della motilità. L' ammalata accusa spesso senso di bolo alla gola.

In questa malata la diagnosi sintomatologica era evidentemente di « Frenosi sensoria », così bene studiata dal punto di vista clinico dal nostro Bianchi; ma noi riteniamo (e non è qui il momento per dirne le ragioni), che tale forma indichi piuttosto una semplice sindrome che una vera malattia. Riteniamo che dello scoppio di simile

Digitized by Google

forma occorra sempre ricercare la causa sia in una malattia a lungo decorso (paralisi progressiva, isterismo, demenza primitiva, ecc.), di cui la frenosi sensoria non è che un incidente, magari il primo; sia in determinate condizioni agenti sull' individuo più spesso in modo acuto, per cui la sindrome deve allora entrare in altri gruppi ben delimitati, oltre che per il decorso, anche per la patogenesi (psicosi tossiche, da esaurimento, da infezione, ecc.).

Nel caso speciale l' età ed il sesso della paziente, la forma del delirio fantasmagorica come quella di un sogno, il suo contenuto terrifico ed erotico ad un tempo, la preoccupazione di una gravidanza evidentemente immaginaria, la instabilità delle idee, degli atti e dell' umore, la tendenza alla simulazione facevano pensare si trattasse di un accesso di delirio allucinatorio in una isterica. Sembrava imprimere alla diagnosi un marchio di certezza la presenza di zone ipoestesiche nella regione mammaria, e di zone iperalgesiche in altre parti del corpo.

In ogni modo la eccessiva assurdità delle idee deliranti, la speciale dissonanza fra il contenuto del delirio e la reazione emotiva dell' inferma, certe stranezze incoerenti nel contegno, ci lasciavano dubbiosi, e sulla cartella fu scritta la diagnosi colla quale l'ammalata era entrata: « Frenosi isterica », ma coll' aggiunta: (demenza precoce ?).

L' ammalata rientrava in Clinica il giorno 21 Giugno 1902 dopo 14 giorni della sua prima dimissione.

Era stata consegnata alla madre contro volontà dell' inferma, desiderio della quale era rimanere in Ospedale, per passare poi al Manicomio di Imola. Aveva paura che a casa la volessero fare lavorare, mentre ella vuol vivere in ozio.

Giunta a casa, si alzava tardi al mattino, viveva sempre seduta senza volersi mai occupare di nulla, inveendo contro la madre se cercava indurla al lavoro.

Aveva notti insonni, agitate, con allucinazioni terrifiche e delirio, sicchè la madre fu costretta a ricondurre la ragazza all' Ospedale.

In Clinica il contegno disordinato dell' inferma, la sua impulsività, la fatuità e il carattere confusionale delle idee deliranti, la mancanza di senso morale, la instabilità dell' umore, le alterazioni dell'emotività e degli affetti, e innanzi tutto le molteplici prove d' indebolimento mentale, ci indussero a formulare la diagnosi di Demenza primitiva, e a inviarla in altro manicomio.

L' ulteriore decorso della malattia confermava dunque i nostri primi sospetti e rendeva sicura per la Fra. la diagnosi di « demenza primitiva ». Non essendovi stata interruzione di malattia fra l' una e l' altra sua ammissione in Clinica, non esiste per la Fra. la questione che abbiamo dovuto sollevare per le altre osservazioni, della possibilità cioè che la demenza primitiva fosse insorta in malati già affetti da Isterismo.

Digitized by Google

Osservazione V. — Amedeo Or., di anni 28, celibe, muratore. Nella famiglia della madre vi sono stati e vi sono casi di pellagra. Il malato è terzo nato, di parto fisiologico, e fino da piccolo apparve più debole e delicato degli altri fratelli, vivaci e robusti.

Pare abbia avuto dai 10 ai 15 anni segni di pellagra: eritema e desquamazione al dorso delle mani e al collo. È sempre stato meno intelligente e meno attivo dei suoi fratelli. A scuola è andato per qualche tempo, ma senza alcun profitto. Scansava volentieri ogni fatica ed era piuttosto pigro e lento. Era invece facilmente irritabile ed anche violento, ma poi si placava con molta facilità, specialmente con qualche promessa. Nelle sue occupazioni, nei divertimenti, si rivelava piuttosto fatuo ed infantile.

Nell' inverno 1901 ebbe l' influenza, con dolori delle ossa e febbre. Si rimise, ma non completamente: appariva molto debole di forze, più svogliato del solito e più timido. Una sera del Febbraio 1901, uscendo contro il suo solito di casa, ebbe paura di un gruppo di gatti e ritornò in preda a tremito e a scosse convulsive delle membra. Ritornò anche al lavoro di muratore, ma poi dovette abbandonarlo per la sua svogliatezza e debolezza.

Accusava anche senso di oppressione e palpitazione di cuore: fatti questi che aveva provato anche altre volte fino da bambino. I genitori non si sono mai accorti però, che in passato egli avesse vere e proprie convulsioni.

Il peggioramento fu continuo, fino a che il malato si pose in letto, rimanendovi gran parte della giornata, alzandosi soltanto quando vi fosse forzato, mangiando di malavoglia e solo dati alimenti. Aveva poi dei fatti come convulsivi: gli avveniva, ad es., di mandare dei lamenti dibattendo le braccia in circolo, ma più specialmente l' arto sinistro. Non perdeva la coscienza e, quando gli si domandava ragione di questi suoi movimenti, rispondeva che gli sembrava di stare meglio dopo averli compiti. Sussulti ed anche atti strani erano a volte determinati da stimoli esteriori, ad es. dal fischio del treno. Ultimamente poi aveva anche incominciato a cantare, in ritmo monotono, i pensieri che gli passavano per il capo, quasi sempre di carattere melanconico: Devo morire, non guarisco più, ecc.

Da un mese poi egli aveva cominciato a divenire balbuziente, a favellare con voce fessa, nasale e lenta.

I parenti si sono accorti che durante la malattia l' Or. si abbandonava frequentemente all' onanismo. Il malato stesso confessava alla madre che quando lo prendeva un tale desiderio non si poteva trattenere, e che del resto aveva anche polluzioni spontanee. Non si sa se egli avesse anche in passato un tal vizio, i parenti poi assicurano che non credono egli fosse portato molto alla donna, sia per la vita che conduceva, sia per la sua timidezza, che gli impediva di essere un conquistatore. Entra in Clinica il 29 Ottobre 1901.

Riassunto dei diari. — Nei primi giorni dal suo ingresso il malato viveva rannicchiato in letto in uno stato semistuporoso, senza parlare e muoversi spontaneamente. Aveva umore apatico ed era tormentato da molte allucinazioni cenestetiche. Solo con molti sforzi si riusciva a farlo parlare, e allora rispondeva con voce tremula, monotona, a monosillabi, incespicando specialmente nella pronunzia delle prime lettere.

Digitized by Google

Non aveva deviazioni della lingua, non paresi del palato molle. Andatura incerta, lenta, strisciante.

Continuò a vivere in tale stato parecchi giorni, aggravandosi anche col chiudersi in un ostinato mutismo, col rifiutare il cibo, coll' immobilizzarsi sempre di più nella stessa posizione. Vi era anche aumento del tono muscolare specialmente negli arti superiori, che il malato teneva ostinatamente flessi. Soffriva di insonnia e la notte si onanizzava spesso.

Nel Dicembre è possibile alzarlo da letto, ma anche alzato compie pochissimi movimenti volontari, sta seduto in un canto, sempre quello, colla persona curva, la testa piegata, senza parlare, senza compiere gesto alcuno.

Incominciò in Dicembre a presentare invece ecolalia ed ecoprassia. Alle domande insistenti rispondeva ripetendo l' ultima parola della domanda: rifaceva lentamente e non sempre completamente i gesti che vedeva compiere dall' interrogatore.

Nel Gennaio (il 25) l' Or. accusò un forte dolore all' epigastrio in corrispondenza dell' apofisi ensiforme. Bastava sollevargli in pliche la pelle o anche sfiorarla col dito, per procurargli una violentissima reazione dolorosa. Manifestò anche atti convulsiformi in tutte le membra, aveva tremiti, sussulti in tutto il corpo senza perdita di coscienza.

Alla fine dello stesso Gennaio uscì improvvisamente dal consueto stato stuporoso, mettendosi a fare atti inconsulti colle braccia, a saltare, a gettare per terra le panche e le tavole. Prima di entrare in letto si batteva colle mani per tutto il corpo e piangeva disperatamente Per qualche giorno, dopo mangiato, si metteva la scodella in testa e poi la gettava via. Essendo in letto alzava le gambe in aria sgambettando. Interrogato perchè facesse questi atti, rideva fatuamente e generalmente non rispondeva o commentava con un: « *cussì* ».

Dal Marzo il malato sta meglio, è meno inerte, si alza da sè, si muove, va volentieri in cortile, è lieto della visita dei parenti, ma non parla che interrogato e solo a monosillabi, non si occupa di nulla, non lavora.

Il caso di Amedeo Or., a differenza delle osservazioni già citate e a simiglianza di altre delle quali ci occuperemo più oltre, non presenta alcuna difficoltà diagnostica, e la demenza primitiva appare fino dai primi giorni l' unica forma clinica che spieghi il complesso sintomatologico. L' importanza dell' osservazione sta nel fatto che, nonostante la demenza primitiva fosse conclamata fino dai primi momenti, pure essa si accompagnava, oltre che ai sintomi a lei propri, anche a molteplici sintomi isterici (parestesie, iperalgesie, convulsioni, alterazioni dei riflessi, alcuni atteggiamenti psichici ecc.). Si noti poi che il malato non aveva mai per lo innanzi presentato traccie di isterismo. Mi piace infine richiamare l' attenzione del lettore sulle speciali alterazioni della parte fonetica del linguaggio presentate dall'Or. (balbuzie, facilità ad incespicare, strisciamento delle parole, voce nasale fessa). Se si osserva che questi fatti furono transitorî, e che anche durante il periodo di loro durata

Digitized by Google

erano alquanto saltuari, potrebbe ritenersi avessero anch' essi un aspetto isteriforme. In ogni modo ho voluto rilevarli, perchè essi furono nell' Or. molto evidenti, e per dimostrare attraverso ad essi la necessità di studiare, più minutamente di quello che sinora non sia stato fatto, le svariate alterazioni del linguaggio nei dementi primitivi.

*
* *

Fino dal 1890 il Colin (1), in un libro che Charcot presentava al pubblico con lusinghiere parole, insorgeva contro la tendenza dei psichiatri a considerare quali psicosi isteriche le molte forme mentali che presentassero sintomi di isterismo.

Egli però limita specialmente la sua osservazione a quelle forme accessuali di pazzia che si svolgono nei degenerati, ed afferma che l' isterismo per sè solo non dà luogo, almeno con grande frequenza, alla pazzia, ma che si associa a forme pazzesche soltanto quando si svolga in individui ereditari degenerati. Alla degenerazione sono in questi casi dovuti gli scoppi di pazzia.

L'A. incominciava così a sfrondare di molto tutta la ferale fioritura delle psicosi isteriche; ma egli sostituiva al principio patogenetico della forma mentale nell' isterismo, il concetto dell' associazione clinica di due malattie distinte. Per il Colin rimaneva indiscusso che, se in un malato si rilevavano sintomi isteriformi, quelli indicavano la presenza dell' isterismo associato alla forma psicopatica in corso.

Noi, senza negare la possibilità che l' isterismo si associ ad una psicosi, specialmente se di carattere degenerativo, andiamo più oltre del Colin. Affermiamo che non solo moltissime delle psicosi a sintomi isteriformi non devono ritenersi per ciò solo isteriche, ma che quei sintomi sono propri della psicosi e solo accidentalmente simulano uno stato isterico nell' infermo.

E crediamo opera utile insistere su questo concetto, per combattere una speciale tendenza dei medici pratici in genere a vedere ovunque, specialmente in ogni donna, « un poco di isterismo ».

Altri userà una parafrasi in apparenza più scientifica e vedrà disegnarsi questa o quella forma morbosa su di un « fondo isterico »; ma in realtà gli uni e gli altri in molti casi prestano ai loro malati una seconda malattia ben definita quale l' isterismo o scambiandola con la semplice costituzione neuropatica dell' infermo, o basandola su sintomi propri della malattia in corso, solo in apparenza isterici.

(1) Colin — Essai sur l'état mental des Hysteriques. Paris, Rueff ed., 1890.

Digitized by Google

Tornando al nostro argomento, anche il Nissl (1) che ci ha dato lo studio più completo sui rapporti fra isterismo e demenza primitiva, si è convinto che non si può dire che un malato demente, qualunque sia il quadro clinico presentato, sia affetto da psicosi isterica soltanto perchè presenta alcune stigmate caratteristiche (contratture passeggere, accessi convulsivi che si producono con la pressione agli ipogastri, senso di bolo che dall'epigastrio sale alla gola, analgesia, arco di cerchio ecc.), ma prima bisogna assicurarsi se l'ammalato fosse o sia davvero un isterico.

È dunque la diagnosi fondamentale di isteria tratta da tutto il complesso fenomenologico della malattia, e specialmente dagli antecedenti, che ci permette di stabilire la natura isterica di qualche sintoma in particolare.

Lascio al Maggiotto (2) di analizzare quale sia il concetto che allo stadio odierno delle conoscenze psichiatriche si debba avere dei limiti e dell'aspetto clinico delle psicosi isteriche; a me basta, per analizzare con esattezza il lavoro del Nissl (3), riportare la definizione che egli dà dell'isterismo.

« Per Isteria noi intendiamo, egli scrive, una malattia congenita, la quale determina una condizione speciale del sistema nervoso, che clinicamente si manifesta col condurre allo sviluppo del cosidetto carattere isterico; e si palesa attiva permanentemente, in quanto ad ogni momento disturbi passeggeri del corpo e diverse forme di una frenosi specifica possono essere provocate da rappresentazioni di contenuto fortemente emotivo ».

Ora queste psicosi specifiche isteriche sono, secondo il materiale della clinica di Heidelberg, molto rare (il Nissl le ritrovava nel 1,5 0[0] delle alienate); mentre al contrario i così detti sintomi isterici sono una manifestazione relativamente frequente nelle psicosi semplici (4) ove si riscontrano nell'11,4 0[0].

Il numero delle psicosi isteriche negli uomini è infinitamente più piccolo che nelle donne, mentre il numero degli uomini malati di psicosi semplici, che offrivano sintomi isterici prima della malattia o nel suo decorso, sembra di ben poco minore.

---

(1) Nissl — Hysterische Symptome bei einfachen Seelenstörungen. *Centralbl. f. Nervenheilk.* 1902, n. 2.

(2) Maggiotto — loc. cit.

(3) Nissl — loc. cit.

(4) Per « psicosi semplici » nella classificazione ufficiale della Germania si intendono tutte le psicopatie che non sono Frenastenia, Epilessia, Paralisi progressiva.

Digitized by Google

Anche il Maggiotto, pur non giungendo alle basse cifre di frequenza delle « psicosi isteriche » propriamente dette, annunciata dal Nissl, trova che esse sono in piccola proporzione di fronte al numero di altre psicosi, che pur presentano sintomi isteriformi.

Dalle analisi del Maggiotto e di altri risulta che i sintomi isteriformi sono molto più frequenti nell' inizio della demenza che nelle sue fasi avanzate; è questo un altro dato di fatto che dimostra la non esistenza dell' isterismo associato alla demenza, poichè, essendo esso insito nella costituzione del paziente, dovrebbe in ogni tempo dare sentore di sè.

Anche i miei casi sembrami dimostrino chiaramente come spesso non si tratti di due malattie comitate.

Utilissimi sono a questo scopo il caso V. e altri casi che riporterò più innanzi; perchè in essi non esistevano prima della attuale malattia segni di isterismo, e la malattia mentale aveva fino da principio caratteri conclamati della sua vera natura.

I sintomi isteriformi costituivano solo una piccola parte del quadro clinico generale, e mentre essi non giustificano in alcun modo una diagnosi di isterismo associato alla demenza primitiva, dimostrano invece la possibilità che tale forma si manifesti con sintomi di apparenza isterica. Nelle altre osservazioni l' intimo legame fra i sintomi isteriformi e la malattia mentale che affliggeva gl' infermi potè apparire velato dalla maggiore abbondanza di detti sintomi, sì da sembrare che essi soli costituissero l' essenza di tutta la malattia.

Nelle note ad ogni osservazione ci siamo forzati di dimostrare come, anche in quei brevi periodi in cui tutta la malattia sembrava impersonarsi nei sintomi isterici, non mancassero sintomi speciali indicatori della vera psicopatia, e come non fosse clinicamente possibile separare questo o quel periodo dal restante quadro morboso.

Un paragone analogico chiarirà meglio il mio pensiero. Quante volte non avviene di confondere una paralisi progressiva al suo inizio con la nevrastenia? Gli è che la gravissima forma suole iniziarsi con molteplici sintomi nevrastenici, e facile è l'errore; ma ogni buon medico, a diagnosi corretta, non penserà che il suo malato presentasse (salvo casi specialissimi) come malattia comitata, la nevrastenia.

Anche la paralisi progressiva può presentare sintomi isteriformi, ma con frequenza immensamente maggiore la demenza primitiva assume le forme dell' isteria.

Vediamo più davvicino quali siano i sintomi isteriformi, che più spesso traggono il medico in errore.

I. *Sintomi nervosi isteriformi della Demenza primitiva* — Nelle osservazioni cliniche citate abbiamo veduto intimamente legati alla demenza primitiva:

Digitized by Google

Nel campo della sensibilità parestesie di vario genere (in tutti i casi), zone anestesiche (osserv. II, III, IV), iperalgesie (osserv. I, III, IV); nel campo della riflettività abolizione di alcuni riflessi superficiali (osserv. I, II, III), esaltamento dei riflessi profondi e di alcuni superficiali (osserv. I, II, III, IV); nel campo della motilità paresi transitorie (osserv. I), crampi muscolari (osserv. I, III), accessi convulsivi (osserv. I, III, V).

Dato l'esiguo numero di casi clinici, io non posso dire in modo assoluto con quale diversa frequenza si riscontrino gli uni o gli altri sintomi nei dementi primitivi; a ciò risponde invece il Maggiotto, che, avendo potuto osservare le antiche cartelle di moltissime malate ritenute isteriche e che poi si rivelarono dementi, può fondare le sue conclusioni su di un largo materiale statistico.

Del resto i miei risultati confermano i dati del Maggiotto. Infatti egli trovava frequentissime nell'inizio della demenza primitiva le parestesie proprie dell'isterismo ed io riscontrai parestesie di vario genere in tutti i miei malati.

Pure frequenti trova il Maggiotto i disturbi della sensibilità (anestesie, iperalgesie), che io notava in tutti i miei casi. Meno frequenti sono nelle statistiche del collega le convulsioni, i crampi e gli spasmi isteriformi, mentre io li vidi in tre casi su cinque.

Neanche ad altri autori sembrarono infrequenti. Il Kraepelin (1) ha specialmente insistito nel dimostrare come gli accessi convulsivi a tipo isterico non valgano da soli a fare porre, senza tema di errore, la diagnosi di isterismo, potendosi riscontrare nella demenza primitiva, specialmente a forma catatonica, ogni sorta di attacco, dalla semplice lipotimia fino agli accessi apoplettiformi.

Il Nissl (2) riporta un caso di catatonia, nel quale si osservavano tali e tanti sintomi (le convulsioni comprese), da aversi il quadro completo della grande isteria, e in così tipico aggruppamento, da essere egli stesso indotto a porre, sbagliando, la diagnosi di isteria.

Il Kaiser (3) pubblica due casi di catatonia, uno dei quali presentava, oltre a stati crepuscolari isteriformi, crampi isterici. Nell'altro caso la catatonia era accompagnata da sintomi psicogeni, che egli così denomina poichè intende l'isteria nel senso di Sommer come una malattia psicogena.

---

(1) Kraepelin — Psychiatrie.

(2) Nissl — loc. cit.

(3) Kaiser — Beiträge zur Differentialdiagnose der Hysterie und Katatonei. *Allg. Zeitschrift f. Psych.* 1901 e 1902.

Digitized by Google

II.° *Sintomi psichici e sindromi mentali isteriformi che si ritrovano nella demenza primitiva.*

Già il Finzi (1) nel suo bel trattatello enumerava molti sintomi in prevalenza psichici comuni alle due forme: emotività grande e suggestibilità, distraibilità, superficialità di giudizio, erotismo, azioni assurde in rapporto con idee oltremodo strane e fantastiche, oscuramenti di coscienza, umore vario, l'intoppo e l'arresto psichico con lesioni psicomotorie che possono improvvisamente scomparire, ecc.

Molti di questi sintomi formano l'orditura degli atteggiamenti mentali dei nostri infermi, ed anzi in alcuni si aggruppano in modo così evidente e tanto campeggiano sul resto del quadro sintomatologico, da rendere fortemente dubbia una diagnosi.

Sembravano ad esempio avere uno squisito temperamento isterico le malate II, III e IV; erano in apparenza propri dell'isterismo, i periodi di mutismo della P., le idee demonomaniache della Or., il delirio a tinta erotica della Fra.

La grande variabilità di umore di tutti i nostri casi, la teatralità delle manifestazioni nelle osserv. I, III, IV, V, la facile suggestibilità dei casi I, III, V, i transitori oscuramenti della coscienza dei casi I, III, V, lo stesso carattere delle idee deliranti e degli atti nelle osserv. I, IV, III, II erano tutti fenomeni di così ambiguo valore diagnostico, da complicare grandemente il giudizio del medico sulla natura della malattia e sulla prognosi.

Nel V caso tutto il quadro clinico toglieva questo valore ai sintomi nervosi e psichici isteriformi, perchè essi si presentavano associati e complicati da altri sintomi caratteristici della demenza primitiva e poco propri dell'isterismo. Non così nelle osserv. II, III e IV, dove invece i sintomi tutti si presentavano in un tale aggruppamento di vari atteggiamenti mentali propri dell'isteria da trarre nell'inizio in inganno, così come traeva in inganno nel I caso lo strano, insolito aggruppamento dei molti sintomi nervosi isteriformi.

Senza accettare tutte le numerose varietà di psicosi isteriche che alcuni ammettono (Schüle ad es.), riconosciamo che vi sono tuttavia degli stati psicopatici certamente legati alla grande neurosi con una fisonomia discretamente caratteristica e distinta

Orbene, stati consimili fino alla possibilità dello scambio si riscontrano anche nella demenza primitiva.

Le forme mentali più intimamente legate all'isteria sono quegli stadi di delirio con allucinazioni ed eccitamento motorio, che accompagnano gli accidenti convulsivi delle isteriche; ma stati analoghi possiamo notare

(1) Finzi — Compendio di Psichiatria, ed. Hoepli, Milano, 1899.

Digitized by Google

anche dopo o durante i periodi convulsiformi dei dementi. Il Kraepelin ne stabilisce così la diagnosi differenziale: « Essa sopratutto si basa sulla debolezza mentale dei malati, sulla variabilità dei processi ideativi, sulla mancanza di critica, sugli episodi di delirio caotico, sulla unilateralità e mancanza di direzione nei processi ideativi. A questi fatti si oppongono la ansiosità, la variabilità di carattere, la sensibilità o suscettività, l' astutezza e l'ostinazione delle isteriche. Anche l' immensa congerie di errori sensoriali e la proteiformità delle idee deliranti, nonchè l' ulteriore loro decorso, sono buoni elementi di diagnosi differenziale ».

Qualche volta non è possibile dimostrare che il periodo delirante sia stato preceduto da un accesso convulsivo, ma ciò può avvenire anche negli isterici, quando l' attacco si limita al solo periodo degli atteggiamenti passionali, delle allucinazioni e del delirio.

È molto frequente nell' isteria l' insorgere di tali periodi deliranti durante la notte sotto forma ipnagogica ed onirica, ed allora può avvenire che l' ammalato, anche nello stato di veglia, continui a delirare, come ancora sognasse.

L' origine onirica e l' impronta come di un sogno che tanto spesso hanno i deliri isterici, noi le riscontrammo evidenti nel caso IV, tanto da lasciarci indecisi sulla natura del quadro morboso.

Un altro quadro morboso mentale presentato con frequenza dalle isteriche è dato da uno speciale stato di stupore con umore triste, aumento del tono muscolare fino alla rigidità catatonica.

D' altra parte la sindrome catatonica è cosi propria della demenza primitiva, che ha servito anche a dare il nome ad una delle sue varietà e non delle meno frequenti.

Una prima differenza fra le due forme sta nel fatto che, mentre lo stupore isterico è quasi sempre determinato e mantenuto da una idea fissa, più spesso a tinta melanconica, accompagnata o no da allucinazioni imperative, nel catatonico demente non si sa molte volte trovare allo stato di stupore una ragione qualunque, nè nelle possibili allucinazioni o nel delirio dell' infermo, nè nel suo stato emotivo per lo più indifferente. Interrogandolo, quando esca dal suo torpore, egli risponde: Non so, fo così perchè sì, è un mistero, ecc.

Mentre poi anche durante lo stupore isterico è possibile rilevare il temperamento isterico fondamentale dell' infermo, durante gli stati catatonici si rivelano in mille modi i segni propri della demenza: l' eccessiva sudiceria, il rapido alternarsi di periodi di eccitamento con disordine ed incoerenza somma nelle parole e negli atti, la stereotipia di certe azioni sciocche, prive di ogni ragione determinante, ecc.

Lo stupore isterico è generalmente meno persistente e costante dello stupore catatonico e (differenza fondamentale questa) mentre

Digitized by Google

esso passa senza lasciare traccia di indebolimento mentale, ad ogni nuovo periodo catatonico il demente primitivo invece mostra sempre più evidenti le traccie di quella dissoluzione mentale, di quel depauperamento dei poteri più elevati dell' intelligenza, che sono triste caratteristica di quel morbo.

Il K a i s e r narra di una donna con sintomi conclamati di isterismo, uscita dal Manicomio molto migliorata e senza traccia d' indebolimento mentale dopo 20 anni di reclusione e dopo avere passato in uno stato di stupore catatonico circa tre anni e mezzo, salvo qualche breve remissione.

Gli stati catalettici, o catatonici, nelle isteriche possono essere provocati facilmente, mettendo l' inferma in istato ipnotico, ed anzi è questo un fatto, fra i moltissimi, che fa spesso somigliare le isteriche a degli ipnotizzati.

D' altra parte però una tale analogia evvi chiarissima anche fra molti catatonici e gli individui in istato ipnotico. In alcuni casi una tale somiglianza è addirittura sorprendente. L' aumento del tono muscolare si ha nell' uno e nell' altro caso nei suoi vari gradi di flessibilità cerea, di catalessia o di catatonia. Vi sono malati catatonici che si mettono o possono essere messi in posizioni stranissime in contrasto, fino a un certo grado, anche colla legge di gravità, e in esse permanere indefinitamente come un ipnotizzato.

Si può in alcuni casi ripetere l' esperimento che tanto impressiona il pubblico in certe sedute ipnotiche da teatro, di sollevare orizzontalmente l' infermo afferrandolo per i piedi come egli avesse le articolazioni saldate e il proprio corpo trasformato in una sbarra rigida.

La suggestibilità del catatonico è fortissima, quantunque spesso essa si accoppii ad una tendenza vivissima al negativismo. Frequentemente i due fenomeni si associano nell' ipnotizzato.

Chi ipnotizza può bensì suggestionare come a lui meglio piaccia il suo soggetto; questi dipenderà in ogni cosa e interamente dalla volontà del suo temporaneo padrone, ma viceversa poi l' ipnotizzato si opporrà con tutte le sue forze ai comandi e alle imposizioni suggestive che gli venissero da altre persone o dall' ambiente. Suggestibile al massimo grado verso il suo ipnotizzatore, sarà negativista strenuo verso ogni altra influenza estranea.

Ecco la storia clinica di due malati catatonici osservati nella clinica psichiatrica di Padova nei quali questo meccanismo di associazione fra i due fenomeni in apparenza contraddittorî, tanto frequente negli ipnotizzati, era evidente.

Digitized by Google

Osservazione VI. — Al. Pietro, d'anni 31, mugnajo, celibe, da Cittadella. Eredità psicopatica in famiglia.

Pietro nacque da parto regolare e non incontrò altre malattie che la scarlattina e qualche mal di gola. Fin da ragazzo sofferse, come gli altri della famiglia, di molesti dolori di capo. Frequentò le scuole pubbliche (elementari) mostrandosi intelligente e diligente. Il carattere tranquillo e gajo e la capacità ad adempiere con esattezza alle sue funzioni si mantennero immutati anche quando il giovine abbracciò il mestiere di mugnajo: ma circa a 27 anni, nello stesso tempo che manifestò inettitudine e avversione alle consuete occupazioni, diede indizio di mutato carattere fino a rendersi insopportabile agli amici e agli stessi parenti. Si adirava per un nonnulla, sospettava che gli fosse venuto meno l'affetto delle persone care, le quali, a suo dire, non usavano più con lui i dovuti riguardi, anzi lo odiavano, perchè da qualche tempo non riusciva utile alla famiglia col suo lavoro. Questa idea lo dominava costantemente e gli faceva temere insidie anche durante la notte; diceva di sentire voci minacciose, di sentire l'appressarsi dei carabinieri e si premuniva dalle insidie immaginarie chiudendosi in camera e tenendo un bastone presso il letto.

Per un periodo di circa quattro mesi manifestò, contrariamente al solito, eccessivo zelo religioso, frequentando le chiese e dandosi rigorosamente alle pratiche esteriori del culto. Innamoratosi poi di una fanciulla, la perseguitò ovunque colla sua presenza, senza mai dare indizi manifesti della sua passione, tranne che affidando a qualche scritto dei concetti sconclusionati eroticoreligiosi. Cessata questa nuova fase (che durò circa un anno), nel paziente si aumentò la tendenza a segregarsi dal consorzio de' suoi simili: passava la maggior parte della giornata compiendo lunghe passeggiate a piedi, completamente trascurando la nettezza e l'abbigliamento della persona.

Rifiutò talvolta certi cibi sospettandoli avvelenati: ebbe qualche periodo d'insonnia. Compiva normalmente da sè quanto si riferiva ai bisogni corporei.

In questi ultimi tempi alla taciturnità s'aggiunse la tendenza ad abbandonarsi per lunghi periodi di tempo all'immobilità con atteggiamenti di stupore completo; tre volte reagì ad osservazioni insignificanti dei suoi parenti con atti violenti (tentativi di bastonare o usare il coltello). Fin dall'inizio della malattia il medico che lo curava s'accorse che il paziente s'abbandonava spesso ad eccessi onanistici: ebbe anche polluzioni notturne copiose. Da tre anni che data la malattia non ebbe che pochi lucidi intervalli di breve durata. Pare non abbia mai sofferto malattie veneree.

Entra in Clinica il 14 Novembre 1898.

Il malato Al... è di aspetto piuttosto scaduto, pallido e magro. È seduto immobile come una statua; rivolgendogli la parola non risponde, solo a volte sorride debolmente.

Se gli si alzano le braccia egli le tiene nella posizione data, almeno per qualche tempo. Se punto, non reagisce in nessuna parte del corpo. Ha esagerazione dei riflessi patellari, diminuzione del congiuntivale.

Alcune volte è colto da un tremito diffuso in tutti i muscoli specialmente degli arti.

Digitized by Google

29 Novembre 1898. - L'Al... rimane sempre nelle identiche condizioni, muto, con flessibilità cerea degli arti superiori: se invece sul piano del letto gli si leva una gamba, questa ricade pesantemente.

Continua l'insensibilità al dolore. Presenta dei curiosi atti volontari. *Dopo che il medico gli ha messo per due mattine il braccio in una data posizione, l'Al... ogni volta che il medico entra in sala alza il braccio nell'identica posizione.*

9 Gennaio 1899 - Durante tutto il mese di Dicembre le condizioni dell'Al... sono rimaste pressochè invariabili. Solo qualche rara volta il capo infermiere riesce a trargli qualche parola di bocca. *Fra quelli che lo circondano, malati, infermieri, medici, alcuni più degli altri hanno su di lui dominio.*

Ne ho fatto oggi la fotografia ponendolo in una posizione strana.

Finita la posa, mentre io attendevo alla negativa, l'infermiere volle condurlo via, ma egli non si mosse fino a che non ricevette un mio ordine che gli imponeva di seguire l'infermiere.

13 Gennajo 1899. - Il malato nei giorni scorsi appena io entravo in sezione si riponeva nella posizione in cui l'aveva lasciato nell'ultima fotografia.

14 Gennajo 1899. - Solo questa mattina sono stato in sezione uomini a veder l'Al.... e credevo di trovarlo pronto a discorrere, come faceva jeri e stamane cogli altri malati, cogli infermieri e colla suora, ma appena io sono entrato nella stanza, egli è caduto nello stato di stupore dei giorni scorsi e si è posto nella posizione solita. Mi è stato impossibile levargli parola. Aveva la stessa insensibilità al dolore dei giorni scorsi.

Appena io sono stato lontano egli ha ricominciato a parlare e a tornare normale. Interrogato dall'infermiere perchè ha subìto in modo così strano la mia presenza, non ha risposto che molto vagamente: dice che intorno a questo argomento non ha l'intero potere della sua volontà, e di cadere davanti al medico come in uno stato di torpore.

Mi piace insistere su questa sua tendenza alle posizioni strane per influenza altrui.

In sezione vi è un malato il quale fa continuamente una quantità di gesti strani, assume atteggiamenti curiosi che conserva anche per qualche tempo. Ora nei giorni scorsi (dal 7 - 8 Gennajo al 12) spesso avveniva che l'Al... si ponesse ad imitare il compagno, ripeteva i suoi gesti, si prestava con lui a formare dei quadri plastici strani. Un altro malato si divertiva a fargli fare per imitazione boccacce, o la manovra militare.

1 Maggio 1899. - In tutto questo lungo periodo le condizioni dell'Al... sono rimaste pressochè invariate. Sempre lento nell'azione, senza iniziativa, discorre però con discreto buon senso all'infuori che coi medici. Appena entra il medico, si pone colla schiena flessa come chi faccia un profondo inchino, e neppure a forza si riesce ad alzargli il capo ed il tronco. Lo si può toccare, pungere, non si muove; lo si invita a parlare e non risponde.

Non è possibile perciò al medico fare un esame obbiettivo accurato; ma da ricerche fatte da uno studente al quale il malato risponde, risulta che i riflessi superficiali sono alcuni diminuiti, altri normali, i riflessi profondi esagerati. La sensibilità conservata al tatto, diminuita al dolore (abo-

Digitized by Google

lita quando è nei periodi di immobilità). Le altre sensibilità specifiche conservate. I movimenti attivi e passivi tutti possibili. Notiamo qui che il tono muscolare ha presentato durante il periodo di degenza dell'Al.... qualche modificazione. Vi era dapprima flessibilità cerea, vi fu poscia un vero stato catatonico ed ora lo stato catatonico persiste solo in presenza di date persone. I riflessi profondi sono stati sempre aumentati fino dai primi giorni. La memoria è discretamente conservata, l'attenzione scarsa, la associazione delle idee lenta e povera.

Non mostra in questo periodo speciali idee deliranti, nè le tendenze religiose od erotiche a cui nella storia si accenna. La demenza si rivela in lui specialmente per la inattività in cui vive e per l'automatismo di tutte le sue azioni; si tiene pulito, mangia da sè, aiuta gl'infermieri a qualche lavoro, ma non chiede mai di vedere i parenti. Afferma francamente che uscirà di lì a poco e non ha mai nè una idea, nè una azione che indichino in lui una qualche iniziativa: preferisce vivere in mezzo agli agitati piuttosto che coi tranquilli e sta più spesso solo e silenzioso.

Esce oggi perchè trasferito al Manicomio di Crespano.

Abbiamo voluto riportare per intero la storia dell'Al., perchè dalla lettura dei diarî scritti nei giorni dell'osservazione, più genuina risulta la curiosa tendenza a cadere in istato catalettico come un ipnotizzato di fronte ad una sola persona, fatto che l'ammalato stesso riconosceva, senza potersi vincere.

L'altro ammalato è anch'esso un catatonico che da parecchi anni si trova in Clinica: ne abbreviamo la lunghissima storia, poichè il fenomeno che a noi più specialmente interessa durò solo qualche settimana:

Osservazione VII. — Ro... ammalò di mente poco dopo i 20 anni, e cominciò a dare segni della sua follia con un amore per persona molto superiore a lui per condizioni. Scriveva lunghe lettere e poesie spesso senza alcun senso, non era più capace di attendere alle sue occupazioni di commesso di negozio, aveva un contegno strano e diveniva ogni giorno più misantropo e solitario. Fuggì di casa (da Vicenza) e a piedi si recò in Toscana, e là visse lungo tempo in piena campagna dormendo all'aperto o in capanne abbandonate, cibandosi di erbe, fuggendo il contatto cogli uomini.

Trovato dai Carabinieri fu fatto rimpatriare: ma alla stazione di Padova dette segni così manifesti di alienazione mentale, da doverlo rinchiudere nella locale Clinica Psichiatrica, nella quale si trova fino dal 1898.

In Ospedale si mostrò fino dai primi giorni indifferente a tutto e a tutti, tendendo alla solitudine e alla taciturnità, senza speciali idee deliranti, o fatti allucinatori. Contegno ed atti strani, risposte lente e spesso fatue alle interrogazioni del medico, tendenza ad assumere posizioni difficili e a rimanere in esse indefinitamente. Ha avuto periodi durante i quali è rimasto per mesi e mesi in letto, rigido in ogni suo muscolo, sì da sembrare il suo corpo divenuto inflessibile come una sbarra. È stato sitofobo una prima volta per

Digitized by Google

sei mesi consecutivi, e in seguito alla stentata alimentazione artificiale si era ridotto magro, stremato di forze con fenomeni broncoalveolari degli apici.

Mentre io mostravo il malato agli studenti e loro spiegavo l'andamento del caso, ebbi cura una sera di insistere sulle gravi condizioni in cui il Ro... versava e di dichiarare brutalmente che presto sarebbe morto, se non avesse incominciato a mangiare e ad uscire dal grave stato catatonico in cui versava.

L'ammalato immobile, muto, ad occhi chiusi come il suo solito, non aveva dato segno di intendere il valore delle mie parole dirette agli studenti, ma il giorno dopo chiese spontaneamente i vestiti, si alzò, e mangiò cogli altri infermi la comune dieta d'Ospedale. Dichiarò poi al capo infermiere che, udito il triste pronostico da me fattogli, aveva pensato essere suo vantaggio uscire al più presto dallo stato di torpore nel quale si trovava da tanto tempo.

Nei giorni seguenti era libero in ogni suo movimento, parlava rispondendo a tono, se interrogato, mangiava spontaneamente. Fu però preso da una speciale simpatia per il Prof. Belmondo sicchè all'entrare di questi in riparto egli aveva bisogno di porglisi di fronte e non togliergli lo sguardo dal viso (1).

Se il professore si volgeva da altra parte, egli incominciava a girare intorno a lui; se qualcuno gli impediva di muoversi, cercava in ogni modo di svincolarsi e veniva anche a seria collutazione pure di riuscire nel suo intento.

Se il professore, senza parlare, faceva davanti a lui qualche movimento anche strano del corpo e delle braccia, egli lo ripeteva immediatamente. Solo il profesore riusciva a determinare in lui il fenomeno della ecoprassia. Questo stato durò qualche settimana, poi l'infermo ricadde nel consueto stato catatonico, nel quale tuttora perdura.

III. *Influenza delle cure suggestive nella demenza primitiva* — Neppure il solo criterio *e juvantibus* della scomparsa di molti sintomi isteriformi per influenza suggestiva può bastare a volte alla diagnosi differenziale fra isterismo e demenza.

Nel nostro caso I. abbiamo veduto come la suggestione dell'ambiente, aiutata dalla suggestione della parola del medico, abbia determinato la scomparsa di tutti i fenomeni isteriformi che l'ammalato presentava e la sua apparente guarigione. Da questo fatto traemmo allora ragione per avvalorare la nostra diagnosi di isterismo; ma il ricadere poi dell'ammalato in una chiara forma demenziale ci fece invece convinti che colla suggestione si può ottenere nei dementi primitivi la temporanea scomparsa di molti dei sintomi, ed anche in certi

(1) Sono questi i fenomeni che il Belmondo chiama « *di tropismo* », paragonandoli a manifestazioni analoghe, le quali si osservano in forme di vita inferiori. (Ved. E. Belmondo — Trattato delle mal. mentali, ed. Vallardi, Milano).

Digitized by Google

casi una apparente guarigione, senza che per questo si possa, o si debba, parlare di psicosi isterica.

Anche il II. caso ci conferma in questo pensiero.

D' altra parte data la natura della malattia che determina, specialmente nel suo inizio, molti più *sintomi funzionali* che *organici*, che presenta anche spontaneamente rapide e notevoli remissioni, e che solo lentamente va disgregando in modo progressivo le facoltà intellettive superiori, si capisce anche *a priori* come la cosa possa facilmente avvenire. La stessa viva tendenza ad accogliere facilmente ogni suggestione, segno questo di debolezza psichica, ci offre una logica spiegazione.

La suggestibilità di un malato è sempre un' arma a doppio taglio: lo è per l' isterico che trae dalla suggestione delle perniciose influenze dell' ambiente il nocciolo di quelle idee fisse, che sono la base di quasi tutte le sue manifestazioni morbose, e dalla suggestione degli ambienti curativi (ospedali, isolamento, ecc.) e delle persone curanti un modo di migliorare rapidamente e guarire; e lo è anche per il demente primitivo.

Vi è però fra essi una differenza assoluta: mentre nell' isterico quasi tutta (alcuni dicono tutta) la sintomatologia può essere modificata e soppressa o provocata colla suggestione, nel demente primitivo solo alcuni sintomi sono suscettibili con tal mezzo di un miglioramento e con effetti molto meno sicuri.

Si riflette, in altre parole, in questo parziale campo della suggestibilità la differenza essenziale che corre fra le due forme, e la somiglianza dei due ordini di fenomeni è limitata più alla superficie che alla sostanza.

L' isterico, qualunque siano gli incidenti parossistici nervosi e mentali, non passa mai a demenza, mentre l' indebolimento mentale è primitivo e progressivo nei veri dementi.

È comunemente ammesso dagli AA. che ci hanno preceduto, risulta evidente dai miei casi e dalle cifre del Maggiotto, che i fenomeni isterici sono frequenti soltanto nelle prime fasi della demenza primitiva; sono frequenti cioè quando l' indebolimento mentale non si è ancora permanentemente stabilito, e le remissioni sono possibili.

Può allora avvenire come nel caso Ser., che nelle prime settimane di malattia questa sembri tutta formata di sintomi isterici e sembri guarire appunto, perchè la suggestione riesce a far scomparire quasi interamente lo strano quadro clinico. Non sarebbe dunque questo che un caso specialissimo, frutto di fortuite circostanze, dello svariatissimo modo di presentarsi della demenza precoce.

Negli altri moltissimi casi la suggestione può modificare l' uno e l' altro sintomo, mai dare all' ammalato la parvenza di perfetta sanità mentale.

Digitized by Google

Ciò si verifica specialmente nella catatonia. Gli stati catatonici sia spontaneamente, sia sotto influenze suggestive, accidentali o volute dal medico, possono scomparire da un momento all' altro, mostrandoci il malato, che prima era immobile, muto, sudicio, in apparenza ridotto un tronco d' albero, improvvisamente libero in ogni suo movimento e nel linguaggio, proprio nel contegno, memore del passato, coordinato e orientato. In verità però se in apparenza si sono vinti e l' aumento di tono e gli atteggiamenti strani e la sudicieria, non per questo gli si è ridonato il *quantum* di intelligenza perduto, nè gli si impedisce di compiere altri atti strani e di manifestare pensieri infantili e fatui.

Il caso VII. che riportavo poi era anzi da sei mesi sitofobo in istato di completa catatonia, quando da un giorno all'altro uscì dal suo torpore soltanto perchè io, mostrandolo in visita agli studenti, intenzionalmente accentuai le fosche tinte del suo avvenire e dichiarai che presto egli sarebbe morto se non fosse cessata la ostinata sitofobia. Ciononostante l' infermo si mantenne un demente e al grave stato catatonico si sostituirono in lui quelle curiose manifestazioni di « tropismo » psichico a cui accennammo nella storia.

Mentre rivedo le bozze di queste mie pagine, ricordo di avere avuto in cura pochi mesi or sono nel Manicomio di S. Clemente in Venezia una catatonica che sono riuscito per mezzo di pratiche ipnotiche a far muovere dal letto, ove stava stecchita e contratta da circa due anni. Non sono però riuscito che a trarle poche parole e incoerenti, nè a modificare il suo contegno di donna sucida.

La stessa inferma, durante i due anni di completa catatonia, se sentiva suonare un organetto, balzava improvvisamente dal letto e si metteva a ballare con sorprendente agilità e instancabilità, per ritornarsene poi, a musica finita, a rannicchiarsi contratta sotto le coperte.

Digitized by Google

Digitized by Google

CLINICA PSICHIATRICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI PADOVA
diretta dal Prof. E. Belmondo

Le così dette "stimmate isteriche„ e la demenza precoce

OSSERVAZIONI STATISTICHE E CLINICHE

DEL DOTTORE
FERDINANDO MAGGIOTTO
Medico nel Manicomio di Ferrara, già Allievo interno della suddetta Clinica

La presenza in forme morbose che nulla hanno a che fare con l'isterismo di sintomi aventi tutte le apparenze delle così dette stigmate isteriche, non è più cosa nuova in psichiatria. Per quanto l'argomento sia stato studiato solamente in questi ultimi anni, pure oggi è assodato che sintomi isteroidi della più svariata specie, e spesso non uno solo ma un complesso di essi, si trovano a complicare la sindrome fenomenologica principale, talora in modo da far deviare dalla diagnosi esatta. E, ciò che più importa, l'errore diagnostico può condurre ad una prognosi spesse volte fondamentalmente diversa.

Il Magnan (1) nel 1897 ebbe a dire che la presenza delle stimmate ed il ricordo degli accessi isterici presso un individuo che delira non dimostra per niente che la psicosi osservata debba essere di origine isterica, allo stesso modo che non è sempre tubercolosa la diarrea che comparisce nei tubercolosi e non sono sifilitiche tutte le angine constatate presso un sifilitico. Gli studî posteriori confermarono tali vedute, e specialmente riuscirono a distinguere dalle psicosi isteriche molte forme proprie invece della demenza precoce. Portarono a questo particolare lato del problema notevole contributo il Kraepelin (2), il Kaiser (3), il Nissl (4), ed in Italia il Finzi (5) ed il Vedrani (6).

(1) Magnan — Leçons cliniques sur les maladies mentales. Paris, 1897.

(2) Kraepelin — Psychiatrie. Leipzig, 1899.

(3) Kaiser — Beiträge zur Differentialdiagnose der Hysterie und Katatonie I. Psycogene Symptome bei Katatonie. Katatonie mit hysterischen Krämpfen und Dämmerzuständen. *Allg. Zeitschrift für Psych.* 1901 e 1902.

(4) Nissl — Hysterishe Symptome bei einfachen Seelenstörungen. *Centralbl. f. Nervenheilk. und Psych.* 1902, N. 2.

(5) Finzi — Compendio di Psichiatria. Milano, ed. Hoepli, 1899.

(6) Finzi e Vedrani — Contributo clinico alla dottrina della demenza precoce. *Riv. sperim. di Freniatria,* 1899.

Digitized by Google

Nella Clinica psichiatrica di Padova, per disposizione del prof. Belmondo, già da qualche anno si tiene speciale nota di tutti quei malati che, presentandosi con manifestazioni isteroidi, si rivelavano poi affetti da demenza precoce, e lo studio del dott. Obici (1), che precede questa mia nota, fu eseguito sul materiale così raccolto.

Si volle inoltre cercare una nuova dimostrazione dei rapporti fra isterismo e demenza precoce in un numero più grande di casi clinici, e, sotto la guida del mio maestro, il chiar.mo prof. Belmondo, io mi accinsi a tale ricerca negli Istituti per alienati della Provincia di Venezia.

*
* *

Considerando che tutti o per lo meno la grandissima maggioranza dei malati, prima di passare ai manicomî o alle varie sezioni per pazzi cronici tanto numerose nel Veneto e annesse agli ospedali distrettuali, vengono posti in osservazione nell'Ospedale della città, pensai, per poter conoscerli fin dall' inizio della loro malattia, di prendere come punto di partenza delle mie ricerche, il Riparto di osservazione dell' Ospedale Civile di Venezia. Grazie alla cortesia del dott. Locatelli, che vivamente ringrazio, io potei compiere il mio studio su di un largo periodo di tempo e cioè dal 1880 a tutto il 1901.

Non mi è stato possibile trovare in questi ventidue anni un solo uomo, nel quale fosse stata fatta diagnosi di frenosi isterica e quindi, per necessità, questo mio studio si è dovuto limitare alle donne.

Il metodo che ho seguito nelle mie ricerche è il seguente:

All' Ospedale di Venezia ho fatta una selezione di tutte quelle ammalate delle quali la diagnosi fatta era di frenosi isterica, mania o melanconia isterica, stupore isterico, ecc., non trascurando di raccogliere e sottoporre poi ad esame anche quelle che, pur essendo state riconosciute affette da altra malattia, il medico credette bene di classificare fra i tipi isterici. Così, per riuscire più chiaro, dirò che fra le osservazioni raccolte si trovano delle diagnosi di paranoia isterica, follia morale in isterica, ecc.

Di alcune fra queste, uscite dalla Sala d'osservazione e ritornate in famiglia, non potei avere ulteriori notizie; di molte invece, specialmente perchè trasferite ai varî manicomî, mi fu possibile di conoscere con maggiore esattezza il successivo decorso della malattia. Per la gentilezza dei preposti ai diversi istituti, potei prendere esatta conoscenza

(1) Obici — Intorno ai rapporti tra le psicosi isteriche e la demenza primitiva. *Giornale di Psich. clin. e Tecn. manicomiale* 1904, F. I-II.

Digitized by Google

dei precedenti sia anamnestici che della malattia delle varie inferme, e parecchie di esse le esaminai io stesso, riuscendo così a formarmi un esatto concetto del loro stato attuale.

Come elemento di studio ho usufruito di tutte le notizie raccolte nelle tabelle nosologiche, alle quali ho aggiunto o l' esame diretto dell' ammalata, o circostanze speciali che cortesemente mi fornirono i varî medici ch' ebbero a conoscere le pazienti. Ho curato poi di unire fra di loro le varie cartelle riguardanti la stessa malata, studiando così, quando se ne è presentato il caso, la forma morbosa nelle sue varie riprese; e non ho trascurato, fin dove mi è stato possibile, di assumere informazioni dello stato di salute nei periodi di permanenza in famiglia.

In tal modo credo di essermi messo nelle migliori condizioni, per seguire il più scrupolosamente possibile l' andamento della malattia di ciascuna inferma.

TABELLA I.

Numero dei casi raccolti e loro varî esiti

Anno	Num. dei casi di Fren. isterica	Num. delle recidive	ESITI			
			Esito non conosciuto	Guarite o migliorate	Stazionarie o morte	Trasferite ai Manicomi
1880	13	1	5	—	7	1
1881	8	1	3	3	1	1
1882	12	2	4	3	5	—
1883	21	2	4	6	8	3
1884	18	3	2	8	6	2
1885	8	2	1	3	2	2
1886	25	7	4	9	9	3
1887	39	8	6	14	12	7
1888	34	5	5	7	14	8
1889	22	5	1	5	9	7
1890	32	9	4	14	12	2
1891	50	10	6	22	16	6
1892	61	20	8	15	31	7
1893	25	5	3	11	5	6
1894	8	1	—	—	2	6
1895	6	1	—	—	1	5
1896	9	1	—	1	1	7
1897	5	—	—	—	1	4
1898	12	—	—	2	2	8
1899	5	1	—	—	—	5
1900	5	—	—	—	—	5
1901	7	—	—	1	—	6
Totale	425	84	56	124	144	101

Digitized by Google

Ho raccolto, come dimostra questa prima tabella, 425 casi di psicosi isterica, che però, essendo fra essi compresi 84 attacchi di recidiva, si riducono a 341 ammalate. Di queste, 101 furono trasferite ai manicomî; delle rimanenti, alcune morirono durante la loro degenza all'Ospedale, le altre furono dimesse in svariate condizioni di salute mentale.

Come si vede dalla Tab. I., e come meglio dirò, fra poco, tutte queste ultime ammalate ritornarono alle loro case in vario momento della malattia, alcune già guarite, altre solo migliorate, altre in istato pressochè uguale a quello in cui si trovavano all' epoca del loro ingresso. A questi varî esiti ho dovuto aggiungere una categoria di malate uscite con esito sconosciuto, costituita da tutti quei soggetti, intorno ai quali le notizie registrate sulla cartella nosologica erano così scarse (e talvolta nulle), da non permettere di formulare alcun giudizio sia sull' andamento della forma morbosa, sia sullo stato di salute in cui l'inferma era ritornata in famiglia.

Avverto fin d'ora che, sebbene nei riguardi di queste osservazioni mi manchi qualsiasi argomento di discussione, io le considererò nel corso del mio lavoro come casi di riconosciuta frenosi isterica, affermando in tal modo che, sebbene non trascritti, pure dovevano esistere in quelle ammalate sintomi evidenti da condurre ad un tal concetto diagnostico. Tutti questi casi appartengono al gruppo di inferme che, uscite dalla Sala di Osservazione, non fecero più ritorno all' Ospedale.

Faccio pure notare che in questo primo quadro son notati gli esiti di ciascun accesso di psicosi, compresi i casi di recidiva, riservandomi nel corso del lavoro di far conoscere l' esito ultimo di ciascuna forma morbosa, considerata nella sua continuità.

Per riuscire il più possibilmente chiaro ed esatto nell'esposizione dei miei dati, divido il lavoro in due parti. Nella prima prendo in considerazione le ammalate che dall' ospedale vennero trasferite ai manicomî, riservando alla seconda lo studio di quelle che, uscite dal Riparto di osservazione, fecero ritorno in famiglia. Una tal divisione, oltre ad essere opportuna, la ritengo necessaria per il fatto che il primo gruppo di inferme riesce assai più interessante che non il secondo, per un duplice ordine di criterî: perchè il periodo di malattia sottoposto alla mia osservazione è stato di maggior durata; perchè di un gran numero di esse, mercè l' esame obbiettivo da me stesso praticato, ho potuto prendere esatta conoscenza.

Digitized by Google

*
* *

La prima serie di osservazioni comprende 101 inferme. Di queste 52 si trovavano, all' epoca delle mie ricerche, ancora ricoverate, 31 delle quali in un stato demenziale più o meno avanzato; le altre 49 (tolte 19 che morirono) erano uscite in condizione varia di salute.

Ciò risulta in modo più dettagliato dalla tabella seguente:

TABELLA II.

Esiti della psicopatia nelle inferme trasferite ai manicomi

Casi di Frenosi isterica	USCITE					ESISTENTI	
	Guarite e migliorate	Stazionarie		Morte		non dementi	dementi
		non dementi	dementi	non dementi	dementi		
101	18	4	8	6	13	21	31

Prendendo a considerare i quadri clinici quali ritultavano dalle notizie anamnestiche, dai sintomi, dal decorso e dall' esito, alla stregua dei nuovi concetti nosografici, mi è sembrato di poter sicuramente confermare la diagnosi di psicosi isterica in 40 malate e di metterla in dubbio in 61. Di queste ultime, 47 sembrarono a me avessero presentato le caratteristiche nettissime della demenza precoce:

TABELLA III.

Numero dei casi in cui fu mantenuta od esclusa la diagnosi di frenosi isterica

Casi di Fren. isterica	Casi in cui fu mantenuta la diagnosi	DIAGNOSI DIVERSA		TOTALE
		esclusa la dem. precoce	di demenza precoce	
101	40	14	47	61

Digitized by Google

Per stabilire se si trattasse o no di veri casi di frenosi isterica, mi son valso di quei criterî che al giorno d'oggi sono seguiti dai più.

Si può dire senza tema di errare che ancora non sia entrato nella nosologia il quadro ben definito di una psicosi isterica, e adottando la denominazione plurale di « psicosi isteriche » si vuole in generale accennare alla molteplicità dei quadri nosologici che si possono riscontrare in questa forma morbosa. Una tale svariata sintomatologia psichica, associata a quella nevropatica forse ancora più pluriforme dell'isterismo, ha fatto sì che, fino a pochi anni fa, fossero assai numerose le diagnosi di frenosi isterica, tanto che la statistica ufficiale del 1889 in Italia stabilisce che nei manicomî la cifra delle isteriche costituisce una delle quote massime, più del decimo delle pazze.

Anche l'aver fissato nelle cosi dette « *stigmate* » i sintomi patognomonici dell'isterismo non diminuì neppure di poco le isteriche nei manicomî, perchè queste stigmate, presentandosi assai di frequente, venivano, massimamente nelle donne, assai spesso a suggerire al medico una diagnosi che il successivo decorso della malattia rivelava non esatta. Schönthal (1) nel 1890, a proposito di un tumore cerebrale con convulsioni isteriformi, scriveva che « non sempre convulsioni isteriche sono dimostrative della presenza della neurosi funzionale isterica, ma possono presentarsi come sintoma in malattie anatomiche del sistema nervoso »; e Nissl (2) recentemente in un suo lavoro critico detrae molto del supposto valore patognomonico di queste stigmate, ed uno studio statistico compiuto sul materiale di Heidelberg lo porta a concludere che la psicosi isterica è una malattia molto rara, mentre i così detti sintomi isterici sono una manifestazione relativamente frequente nell'ebefrenia, nella catatonia, nella frenosi maniaco-depressiva, nella melanconia dell'età involutiva.

In tal modo anche le stigmate, che sembravano sicuro elemento diagnostico, son ritornate alla fallace importanza di prima, pur non escludendo che esse si verifichino nell'isterismo, e che fra queste e quelle che si presentano in altre sindromi morbose debba esistere una qualche differenza, la quale, come dice Nissl, ancora a noi non è possibile stabilire.

Pur trascurando la tendenza, che va sempre più acquistando favore, che l'isterismo sia malattia eminentemente psichica, alla quale con frequenza si possono associare, pur mantenendosi sempre distinte, le varie forme di psicosi (Charcot, Gilles de la Tourette, Colin, Féré, Déjerine, Pitres, G. Ballet, Janet ed altri), è certo che

(1) Schönthal — citato da Nissl.
(2) Nissl — l. c.

Digitized by Google

oggi sono stati di molto ristretti i limiti entro cui va intesa la frenosi isterica, e ciò è dovuto in modo speciale agli ultimi studî, che tendono a sostituire l' indirizzo clinico a quello sintomatologico fin adesso dominante. La diagnosi non si deve più stabilire fondandosi su sintomi isolati, ma da tutta l' analisi clinica (etiologia, sviluppo, decorso, complesso sintomatico, esito).

Intendendo per isterismo (come lo definisce Nissl) « una malattia congenita, la quale determina una condizione speciale del sistema nervoso che clinicamente si manifesta con ciò che conduce allo sviluppo del così detto carattere isterico, e si palesa attiva permanentemente in quanto ad ogni momento disturbi passeggeri del corpo e diverse forme di una frenosi specifica possono essere provocate da rappresentazioni di contenuto fortemente emotivo », secondo il mio modo di vedere si pone un solido criterio per poter formulare con massima probabilità una diagnosi esatta.

L' individuo perchè sia affetto da frenosi isterica deve essere con certezza dimostrato isterico prima che la psicosi l' abbia colpito, e ciò che si intende per carattere isterico deve sempre dominare tutte le manifestazioni psichiche di qualsiasi natura esse siano. Durante la psicopatia ogni fenomeno, ogni sintoma riceve l' impronta di questo carattere isterico; e così per es. il delirio, rispecchiando la volubilità massima che domina ogni azione dell' isterico, è un fenomeno passeggero, carattere essenziale che, secondo Colin (1), permette di non confonderlo con gli accessi di eccitazione maniaca Per questo A. costituiscono fatti eccezionali anche i casi riportati da Bourneville e Regnard (2), e da Gilles de la Tourette (3), benchè i primi due abbiano osservato il delirio durare due soli giorni. E dal delirio ben presto si passa ad uno stato pressochè normale, o magari ad una fase melanconica.

La malattia, che per lo più si presenta ad episodii in cui si hanno alternative di riprese e di remissioni talora in uno stesso periodo di male assai numerose, va incontro a frequenti recidive; per ogni singolo attacco la prognosi è favorevole (pur restando l' individuo isterico allo stesso modo che lo era prima di presentare i fenomeni di alterazione mentale), e mai si osserva come esito terminale la demenza.

Già Esquirol (4) si chiedeva perchè le convulsioni isteriche, che sono pur così violente da durare più ore e più giorni, non condu-

(1) Colin — État mentale des hysteriques - Traité de pathologie mentale publié sous la direction de G. Ballet. Doin, Paris, 1903.

(2) Bourneville et Regnard — *Iconogr. de la Salpêtrière*, vol. II, p. 246.

(3) Gilles de la Tourette — Traité de l'hystérie, II p., vol. I, p. 287.

(4) Esquirol — Mal. ment. - tom. I pag. 289.

Digitized by Google

cano alla demenza come gli accessi epilettici, e Charcot (1) osservava che « l'istero-epilettica conserva tali e quali le facoltà intellettuali che aveva prima; l'epilettica al contrario vede declinare ogni giorno la sua intelligenza, ed in un tempo più o meno breve cade in preda ad uno stato di stupore che comunemente termina in vera demenza ». E tutti gli autori, fra i quali Dagonet (2), Marcé (3), Krafft-Ebing (4), Kräpelin (5), Kirchhoff (6), Finzi (7), Agostini (8), Belmondo (9), Weygandt (10), Rogues de Fursac (11), Colin (12), ecc, negano in via assoluta il passaggio a demenza della frenosi isterica, o non trovano neppure necessario il parlarne. Soltanto Régis (13), Schüle (14) e pochissimi altri ammettono che solo in forme gravissime e dopo lunghissimo periodo di tempo può verificarsi un certo grado di indebolimento mentale.

Nei 40 casi, in cui ho confermata la diagnosi di psicosi isterica, vi erano gli elementi necessarî perchè anch' io potessi formarmi un tale concetto diagnostico. Si trattava infatti di pazienti che anche prima di ammalare della forma psicopatica avevano manifestato sempre ciò che usualmente si intende per carattere isterico. Esse erano state donne volubili, suscettibili, di fervida fantasia, facili ad alterarsi per i più lievi motivi, impazienti, testarde, accattabrighe, spesso colpite da convulsioni o presentanti fenomeni ad esse equivalenti, ecc.; e durante la psicopatia in tutte le loro manifestazioni spiccava sempre l'impronta data da questo loro carattere, e le pazienti presentavano quelle alterazioni psichiche che dai trattatisti più recenti si descrivono come principali espressioni di questa malattia.

Dei rimanenti 61 casi, 14, per presentare caratteristiche speciali di anamnesi, sintomatologia, ecc., ho creduto di poterli distribuire fra varie

---

(1) Charcot — *Progrès médical* - genn. 1874.
(2) Dagonet — Traité des maladies mentales. 1894.
(3) Marcé — Maladies mentales. 1862.
(4) Krafft-Ebing — Trattato clinico pratico delle malattie mentali - trad. it. 1886.
(5) Kräpelin — Psychiatrie. Leipzig, 1903.
(6) Kirchhoff — Lehrbuch der Psychiatrie. Leipzig, 1892.
(7) Finzi — Compendio di Psichiatria - Hoepli Milano, 1899.
(8) Agostini — Manuale di Psichiatria.
(9) Belmondo — Le malattie mentali - Trattato di Pat. spec. medica diretta dal Prof. A. De Giovanni. Milano, ed. Vallardi.
(10) Weygandt — Psychiatrie - München, 1902.
(11) Rogues de Fursac — Manuel de Psychiatrie - Paris, 1903.
(12) Colin — l. c.
(13) Régis — Manuel pratique de Médicine mentale - Paris, 1885.
(14) Schüle — Patologia delle malattie mentali - trad. it.

Digitized by Google

forme morbose, esclusa la demenza precoce, come si può vedere in questa tabella:

TABELLA IV.

Numero dei casi in cui fu fatta diagnosi diversa da quella di demenza precoce

Pazzia morale	Frenastenia	Demenza paralitica	Follia periodica e circolare
2	2	5	5

Essi comprendono un certo numero di quelle malate che, come ho accennato, erano state fin dapprincipio riconosciute affette da tali forme morbose, ai cui sintomi se ne aggiungevano altri ritenuti isterici, per cui la diagnosi ad esempio era di follia morale isterica, paranoia in isterica, ecc.; a queste ne vanno aggiunte altre, nelle quali l'andamento successivo della malattia aveva indotto il medico stesso a modificare il primo concetto diagnostico.

Nelle rimanenti 47 osservazioni specialmente il decorso e l'esito dimostrano non poter reggere la diagnosi di frenosi isterica, ma a questa doversi sostituire quella di demenza precoce. Sono inferme, le quali tutte presentano fin dall'inizio della malattia un grado più o meno elevato di indebolimento mentale, che si rivela specialmente per la mancanza assoluta di affettività in tutte, ed alla quale in molte si aggiunge attenzione nulla o deficente, e profondo perturbamento del potere critico. Tutto l'andamento della malattia dall'inizio all'esito (demenza grave) depone in modo assoluto per la diagnosi di demenza precoce. Per altri sintomi speciali che esse presentano, proprî delle singole varietà della demenza precoce dopo accurato esame ho potuto stabilire che dei 47 casi, 23 appartengono alla forma ebefrenica, 19 alla catatonica, 5 alla paranoide (tab. V). Queste ultime cifre non possono avere che un valore approssimativo, poichè si sa come facilmente i malati che oggi presentano un quadro a tipo ebefrenico, possono domani cadere in periodo catatonico o entrare in una fase delirante.

Digitized by Google

TABELLA V.

Suddivisione dei casi di demenza precoce nelle sue tre varietà

Casi di dem. precoce	VARIETÀ DELLA DEMENZA PRECOCE		
	Ebefrenica	Catatonica	Paranoide
47	23	19	5

Sebbene in tutti questi casi il solo fatto di diagnosi di frenosi isterica debba implicare la certezza che se anche non trasmessaci per mezzo delle notizie scritte nella cartella, pure una sintomatologia isterica doveva ritrovarsi in queste varie pazienti, io non ho trascurato di vedere se qualcuna delle stigmate ritenute proprie di questa malattia era stata in modo particolare notata. Ed infatti, come dimostra la tabella VI, ho trovato: variabilità esagerata di carattere in 3 forme ebefreniche, in 5 catatoniche, e in 2 paranoidi; parestesie varie in 9 casi di ebefrenia, 7 di catatonia e 2 di demenza paranoide; accessi convulsivi in 4 di demenza ebefrenica e pure in 4 di demenza catatonica; disturbi di sensibilità solo in queste due ultime forme: 13 della prima e 10 della seconda; alterazioni di motilità in 1 solo caso di catatonia.

Fra le varie parestesie isteriche ho voluto prendere in ispeciale considerazione il bolo esofageo, perchè si è presentato assai più di frequente di tutte le altre, tanto che lo si ritrova in 19 casi (10 di dem. ebefrenica, 5 di dem. catatonica, 4 di dem. paranoide).

È da notare che non in tutti i casi è stato possibile mettere in rilievo speciali stigmate isteriformi, perchè in alcuni il clinico anzichè specificare si è mantenuto sulle generali, affermando che la paziente presentava sintomi tali da doverla dichiarare isterica.

Digitized by Google

TABELLA VI.

Numero delle varie stigmate isteriformi nei casi di demenza precoce

Varietà della demenza precoce	Variabilità di carattere	PARESTESIE		Accessi convulsivi	Disturbi di sensibilità	Alterazioni di motilità
		bolo esofageo	parestesie varie			
Ebefrenica	3	10	9	4	13	—
Catatonica	5	5	7	4	10	1
Paranoide	2	4	2	—	—	—
TOTALE	10	19	18	8	23	1

La presenza di queste stigmate l' abbiamo riscontrata in quasi tutti i casi durante i primi mesi di malattia; negli altri in un periodo più progredito del male, mai però oltre il primo anno. Tali sintomi, simulando completamente quelli isterici veri, non sono permanenti, ma scompaiono per poi ripresentarsi con uguale o con differente intensità, o magari mutando di natura o di sede.

Col progredire della malattia le varie stigmate isteriformi vengono a mano a mano a diminuire di importanza e di entità, fino a che dopo non molto tempo, che in media varia tra i primi diciotto mesi ed i due anni dall' inizio della psicopatia, perdono ogni valore, cessano di presentarsi e nell' ulteriore decorso in nessun caso si sono più osservate.

In quasi tutti i casi (40 sopra 47) si nota la presenza di sintomi isteroidi, nella massima parte di una sola specie, negli altri (15 su 40) sono associate parecchie di queste stigmate.

Anche nelle 14 inferme, di cui tratta la tab. IV., si ha la presenza di questi sintomi che si comportano poi in modo assolutamente analogo a quello or ora esposto.

Riassumendo i dati fin qui noti, facendo astrazione dalle 14 osservazioni che si è visto non appartenere nè alla demenza precoce, nè alla frenosi isterica, possiamo dire che sopra 87 casi di psicosi isterica l' ulteriore decorso della malattia ha dimostrato che 47 non erano che forme di demenza precoce, in cui all' inizio della malattia si eran notati sintomi in tutto e per tutto simili a quelli che si riscontrano nell' isterismo. Di essi 23 appartengono alla varietà ebefrenica, 19 alla catatonica, 5 alla paranoide.

Digitized by Google

***

Il secondo gruppo comprende 240 inferme. Seguirò nello studiarle l'identico metodo tenuto per la prima serie delle mie ricerche.

Di queste ammalate nessuna era ancora presente nella divisione di osservazione. Tutte erano uscite, e gli esiti che aveva avuto la loro malattia sono riportati, divisi per anno, nella sottoposta tabella:

TABELLA VII.

Esiti della malattia nelle inferme non passate ai manicomi

ANNO	ESITI		
	Esito non conosciuto	Guarite e migliorate	Stazionarie e morte
1880	4	—	7
1881	2	3	1
1882	3	3	4
1883	3	6	7
1884	2	6	5
1885	—	2	2
1886	2	6	7
1887	3	12	9
1888	2	7	12
1889	2	3	5
1890	4	10	7
1891	4	16	14
1892	6	10	18
1893	2	9	3
1894	—	—	1
1895	—	—	—
1896	—	1	—
1897	—	—	1
1898	—	2	1
1899	—	—	—
1900	—	—	—
1901	—	1	—
TOTALE	39	97	104

Digitized by Google

Come si vede, di 39 non posso dare alcuna notizia delle condizioni in cui si trovavano all' epoca di dimissione ; 97 uscirono guarite o migliorate, le rimanenti 104 son date dalle dimesse stazionarie e dalle morte durante la degenza all' ospedale.

Non ripeterò i concetti che ho seguito nello studio dei vari casi, limitandomi ad esporre le risultanze ottenute.

Delle 240 osservazioni in 151 ho mantenuta la diagnosi di frenosi isterica. Le rimanenti 89, seguendo i criteri già noti, le ho suddivise fra le diagnosi di demenza precoce, alla quale appartengono 43 casi ; gli altri 46 ho creduto di poterli distribuire fra altre forme morbose come dalla tabella seguente :

TABELLA VIII.

Numero dei casi in cui fu fatta diagnosi diversa da quella di demenza precoce

Stati di delirio		Psicosi puerperali	Psicosi pellagrosa	Psicosi nevrastenica	Psicosi alcoolica	Psicosi epilettica	Frenastenia	Paranoja	Paralisi progressiva	Pazzia morale	Follia periodica e circolare	Melanconia dell'età involutiva
transitorio	acuto											
1	1	2	1	3	2	3	2	2	2	4	16	7

Dei 43 casi di demenza precoce, per presentare le caratteristiche speciali delle singole varietà, 25 appartengono alla forma ebefrenica, 12 alla catatonica e 6 alla paranoide (tab. IX). Anche in questi la funzione della psiche, che per prima appare lesa, è l' affettività.

Digitized by Google

TABELLA IX.

Suddivisione dei casi di demenza precoce nelle sue varietà

Casi di dem. precoce	VARIETÀ DELLA DEMENZA PRECOCE		
	Ebefrenica	Catatonica	Paranoide
43	25	12	6

Riguardo alla presenza dei sintomi isteriformi ho rilevato: variabilità di carattere in 9 casi bolo esofageo in 20, altre parestesie in 14, accessi convulsivi in 7.

Anche qui, come si vede, il bolo esofageo si presenta in modo assai frequente al confronto delle varie altre parestesie. Nella tab. X è esposto in quali proporzioni si trovano questi sintomi in ciascuna delle tre varietà della demenza precoce. Anche qui, come nella tab. VI, si vede come esse siano più frequenti nelle forme ebefreniche, meno nelle catatoniche, meno ancora in quelle paranoidi

TABELLA X.

Numero delle varie stigmate isteriformi nei casi di demenza precoce

Varietà della demenza precoce	Variabilità di carattere	PARESTESIE		Accessi convulsivi
		bolo esofageo	parestesie varie	
Ebefrenica	5	10	9	5
Catatonica	4	6	1	—
Paranoide	—	4	4	2
TOTALE	9	20	14	7

Digitized by Google

Le stigmate suddette si comportano, per tempo di comparsa e di durata, in modo perfettamente uguale a quello riscontrato negli altri casi, ed i loro caratteri non si discostano affatto da quelli proprî delle stigmate isteriche.

Lo studio di questo secondo gruppo di osservazioni mi porta quindi a concludere che (tolti i 46 casi in cui è stata fatta altra diagnosi) sopra 194 casi di frenosi isterica 43 sono forme di demenza precoce con la presenza di stigmate isteroidi

Tale risultato è proporzionalmente di molto differente da quello ottenuto poc' anzi. Una tale enorme diversità, a mio avviso, non trova l' ultima ragione di essere nel fatto che su molte malate del secondo gruppo non mi è stato possibile compiere uno studio completo del decorso come in tutte quelle del primo; infatti di molte uscite ancora malate, ed alcune durante i primi mesi di malattia, non mi è riuscito di avere ulteriori notizie. È per questo che io ho voluto mantenere una tal divisione nel mio lavoro: nella seconda serie di osservazioni il rapporto stabilito fra casi di demenza precoce con sintomi isteriformi e casi di frenosi isterica forse è inferiore al vero.

***

Riunendo i risultati ottenuti nell' uno e nell' altro gruppo di osservazioni, abbiamo:

I casi raccolti sono stati complessivamente 341. Di questi, in 191 è stata confermata la diagnosi di frenosi isterica, in 90 l' ulteriore decorso della malattia ha stabilito trattarsi di forme di demenza precoce (48 di ebefrenia. 31 di catatonia, 11 di dem. paranoide), ai cui sintomi specifici se ne erano aggiunti altri in tutto e per tutto simili a quelli isterici. Le rimanenti osservazioni sono state per le loro caratteristiche speciali suddivise fra molte altre forme morbose. Nella tabella XI si trovano riassunti questi fatti:

Digitized by Google

TABE

riassuntiva delle tabell

Casi raccolti con diagnosi di Frenosi isterica	Casi in cui fu mantenuta la diagnosi	DIAGNOSI						
		Delirio transitorio	Delirio acuto	Psicosi puerperali	Psicosi pellagrosa	Psicosi nevrastenica	Psicosi alcoolica	Psicosi epilettica
341	191	1	1	2	1	3	2	3

La presenza dei sintomi isteriformi si è manifestata con variabilità estrema di carattere in 19 casi di demenza precoce (di cui 8 della varietà ebefrenica, 9 della catatonica, 2 della paronoide), col bolo esofageo in 39 (20 della ebefr., 11 della catat., 8 della paran.), con altre parestesie in 32 (18 della ebefr., 8 della catat., 6 della paran.), con accessi convulsivi in 15 (9 della ebefr., 4 della catat., 2 della paran.), con disturbi della sensibilità in 23 (13 della ebefr., 10 della catat.), con alterazioni della motilità in un sol caso di demenza precoce catatonica (Tab. XII).

TABELLA XII.

riassuntiva della tab. VI e X

Varietà della demenza precoce	Variabilità di carattere	PARESTESIE		Accessi convulsivi	Disturbi di sensibilità	Alterazioni di motilità
		bolo esofageo	parestesie varie			
Ebefrenica	8	20	18	9	13	—
Catatonica	9	11	8	4	10	1
Paranoide	2	8	6	2	—	—
Totale	19	39	32	15	23	1

Digitized by Google

A XI.

IV - V - VIII - IX.

DIVERSA							CASI DI DEMENZA PRECOCE			
Frenastenia	Paranoie	Paralisi progressiva	Pazzia morale	Follia periodica e circolare	Melanconia dell'età evolutiva	Totale	Ebefronica	Catatonica	Paranoide	Totale
4	2	7	6	21	7	60	48	31	11	90

Prima di venire alle conclusioni dirò che, seguendo il metodo già tenuto da Nissl (1), ho anch'io ricercato in quale proporzione si presenti nelle donne la frenosi isterica in confronto alle altre psicopatie.

Dal 1880 al 1901 le ammissioni alla sezione femminile della Sala di osservazione dell'Ospedale Civile di Venezia furono 4428; di queste 341 vennero giudicate frenosi isteriche. Mantenendo questi dati, il 7,50[0 di tutte le donne che ammalano di mente è colpito da tale malattia. Ma io ho potuto convincermi che delle 341 solo 191 malate erano veramente inferme per frenosi isterica, fatto questo che fa discendere la percentuale al 4,3 0[0. Se poi si considera che in queste 191 son compresi quei 39 casi dei quali non è stato possibile un esame accurato, perchè nella tabella nosografica, all'infuori della diagnosi, mancava qualsiasi notizia, dal 4,3 0[0 ci si porta al 3,45 0[0, avvicinandoci sempre di più alle conclusioni del Nissl, che avrebbe trovato che solo l'1,5 0[0 di tutte le donne inferme di mente ammala di isteropsicosi.

Per tali considerazioni (pur conservando come proporzione il 4,3 0[0) dobbiamo ammettere che, sebbene la frenosi isterica non sia una malattia che si verifica estremamente di rado, è però essa una forma morbosa che si trova in piccola proporzione fra il gran numero di donne alienate.

Se noi invece osserviamo i risultati delle nostre ricerche, vediamo che i cosidetti sintomi isterici sono una manifestazione relativamente frequente nel decorso della demenza precoce, e specialmente durante il primo anno di durata della malattia.

(1) Nissl — loc. cit.

Digitized by Google

Escluse le 60 osservazioni in cui la diagnosi è stata sostituita con altra che non fosse la demenza precoce, troviamo 90 di questi casi sopra 281, vale a dire che il 32,1 0[0 dei casi di frenosi isterica non erano che quadri di demenza precoce, nella cui sindrome fenomenologica si trovano sintomi isteriformi. Una tale percentuale va poi così suddivisa fra le tre varietà della malattia: il 18 3 0[0 spetta alla ebefrenica, l' 11,2 0[0 alla catatonica, il 2,6 0[0 alla paranoide.

In queste 90 malate la presenza delle varie stigmate isteroidi non l' abbiamo trovata in ugual proporzione, ma si è riscontrato: variabilità di carattere nel 21,2 0[0 dei casi, il bolo esofageo nel 43,35 0[0, le varie altre parestesie nel 36 0[0, gli accessi convulsivi nel 17 0[0, i disturbi di sensibilità nel 26 0[0, le alterazioni di motilità nell' 1,1 0[0. Tali cifre sono però inferiori al vero, perchè, come si è detto trattando del primo gruppo di ammalate, di molte non era specificata quale fra le varie stigmate esse presentassero.

E questi vari sintomi non vanno ugualmente distribuiti fra le varietà della demenza precoce, ma secondo le proporzioni indicate nella sottoposta tabella:

TABELLA XIII.

Varietà della demenza precoce	Variabilità di carattere	PARESTESIE		Accessi convulsivi	Disturbi di sensibilità
		bolo esofageo	parestesie varie		
Ebefrenica	8,78 °[o	22,23 °[o	20.25 °[o	10,17 °[o	15,16 °[o
Catatonica	11,04 °[o	12,23 °[o	9 °[o	4,54 °[o	10,84 °[o
Paranoide	1,38 °[o	8,89 °[o	6,75 °[o	2,29 °[o	—
Totale	21,2 °[o	43.35 °[o	36 °[o	17 °[o	26 °[o

L' unico caso di alterata motilità si è ritrovato nella demenza catatonica.

Digitized by Google

Tutti i dati esposti in questo studio statistico-clinico si possono sintetizzare nelle seguenti

CONCLUSIONI

1.° Secondo il materiale della Sala di osservazione dell' Ospedale di Venezia risulta che la psicosi isterica è una malattia rara a verificarsi: essa si riscontra nel 4,3 0[0 di tutte le donne che ammalano di mente.

2.° I così detti sintomi isterici sono una manifestazione abbastanza frequente nella demenza precoce; e sono tali da condurre ad una diagnosi, che il successivo decorso della malattia dimostra errata, nel 32,1 0[0 dei casi di frenosi isterica.

3.° Tra le funzioni psichiche, le quali per prime vengono colpite, costituendo così una delle principali caratteristiche della demenza precoce, quella che, presenti le stigmate isteriformi, si dimostra gravemente lesa è l' affettività.

4.° Questi sintomi così detti isterici si presentano quasi sempre all' inizio della demenza precoce.

5.° Essi mantengono la loro importanza per non molto tempo dopo il principio della malattia, per illanguidirsi e scomparire, rarissimamente rimanendo inalterati durante il decorso di questa, e mai non ne raggiungono la fase terminale.

6.° Tali stigmate non sono ugualmente frequenti nelle tre varietà della demenza precoce; ma si manifestano più in quella ebefrenica, meno nella catatonica, di rado nella paranoide.

7.° I sintomi isteroidi, che noi abbiamo trovato, per lo più non erano assieme raggruppati formando tutta la sindrome dell' isteria, ma, sebbene isolati, per il loro valore e per il precoce presentarsi dovevano costituire il fenomeno più importante per il medico.

8.° Di tutte le stigmate, per ordine di frequenza, si trovano prime le parestesie, poi i disturbi della sensibilità, la mobilità estrema del carattere, gli accessi convulsivi e per ultimo le alterazioni della motilità.

9.° Nel numeroso gruppo delle parestesie il sintoma più frequente ad osservarsi è il bolo esofageo.

10.° Tali sintomi, ad eccezione di un leggero eccedere della mutabilità grande del carattere nella forma catatonica, sono di gran lunga più frequenti in quella ebefrenica, ciò che si dimostra specialmente per le parestesie.

11.° Considerato che tali stigmate si affievoliscono e scompaiono in un'epoca, in cui vengono a porsi maggiormente in rilievo i sintomi

Digitized by Google

patognomonici della demenza precoce, e che una volta sparite non se ne è mai avuta la ricomparsa, dobbiamo ritenere che non si fossero stabilite su quello che comunemente si intende per carattere o fondo isterico. D' accordo con Nissl riteniamo che non debbano essere interpretate come isteriche, ma considerate solo come sintomi che si avvicinano moltissimo a quelli dell' isterismo, fino alla possibilità dello scambio ; tra questi poi ed i veri sintomi isterici, ci uniamo al Nissl nell' ammettere che una differenza debba sussistere, ma che finora tali fine distinzioni a noi sfuggono.

12.° Ci è stato poi possibile confermare un' altra fra le conclusioni che il Nissl enuncia nel suo citato lavoro, e cioè che i suddetti sintomi possono frequentemente osservarsi anche in altre psicosi. Così noi li abbiamo verificati in prevalenza nella follia periodica e circolare, nella melanconia dell' età involutiva e nella pazzia morale.

Digitized by Google

CORSO LIBERO DI PSICHIATRIA E CLINICA PSICHIATRICA
del Prof. A. GIANNELLI

R. UNIVERSITA DI ROMA

Sulla demenza paralitica dell'età avanzata

PER IL
DOTT. PRINA

Osservazione I. — D. S. di anni 61, ammogliato, lavorante in cera, cattolico, con eredità psicopatica positiva, sifilide esclusa. Inizio della malattia graduale, nessuna nota degenerativa; pupille miotiche, a contorno irregolare; iridoparesi alla luce: riflesso faringeo debole, riflessi addominali mancanti, cremasterici vivaci; quelli profondi degli arti superiori ed i rotulei deboli; gravi disartrie; leggera incoordinazione nei movimenti; padiglioni aur colari cianotici; estremità fredde. Ritardo nella percezione della sensibilità tattile, molto diminuita quella dolorifica; memoria molto indebolita, specialmente per i fatti recenti; nozioni di tempo e di luogo perdute: delirio di grandezza e di persecuzione; allucinazioni visive: diminuzione dei sentimenti affettivi; umore variabile. Disgrafia. Decorso della malattia lentamente progressivo; morte per marasma.

Durata del processo morboso 25 mesi. Autopsia: pia ispessita e aderente; atrofia corticale; ependimite, arteriosclerosi diffusa.

Osservazione II. — P. C. di anni 62, maritata, lavandaia, cattolica, con eredità psicopatica negativa: sifilide esclusa. Inizio della malattia graduale; nessuna nota degenerativa; pupille uguali; riflessi deboli; leggiere disartrie; movimenti volontarii incerti, deambulazione barcollante; paralisi degli sfinteri del retto e della vescica: tremori nella lingua, nei muscoli della faccia, nelle braccia, e nelle dita delle mani. Diminuzione della sensibilità tattile e della dolorifica; pervertimento della sensibilità termica: memoria perduta per i fatti recenti, molto indebolita per quelli antichi: delirio di grandezza; perdita dei sentimenti etici e religiosi; umore allegro.

Decorso della malattia, progressivo; morte per marasma.

Durata del processo morboso 6 mesi. Autopsia: calotta ispessita, pia opaca e aderente, sostanza cerebrale edematosa, idrocefalo interno, ependimite, arteriosclerosi diffusa.

Osservazione III. — B. L. di anni 61, vedovo, scultore, cattolico; eredità psicopatica negativa, infezione sifilitica sospettata; eccessi sessuali. Inizio della malattia graduale. Leggiere note degenerative; pupille anisocoriche e miotiche, iridoparesi alla luce; riflesso faringeo normale; deboli i riflessi addominali, mancanti i cremasterici; esagerati i rotulei e quelli profondi degli

Digitized by Google

arti superiori: leggiere disartrie; tremori nella lingua. Gusto notevolmente ottuso; accentuata tendenza al sonno; voracità; memoria diminuita per i fatti recenti; delirio di grandezza a fondamento erotico; deficenza dei sentimenti etici, euforia. Disgrafie.

Decorso della malattia lentamente progressivo; morte per marasma. Durata del processo morboso 4 anni.

Autopsia: pia opacata e aderente; atrofia corticale: ependimite; idrocefalo interno.

Osservazione IV. — C. P. di anni 61, celibe, possidente, cattolico con eredità psicopatica positiva; sifilitico. Inizio della malattia, graduale. Nessuna nota degenerativa; pupille miotiche; iridoparalisi, riflessi normali; gravi disartrie; facciali ipotonici, deambulazione strisciante; estremità fredde e cianotiche. Iperalgesia: memoria profondamente lesa pei fatti antichi e per i recenti; nozioni di tempo e di luogo perdute; deficenza dei sentimenti affettivi ed etici; umore variabile. Gravi disgrafie. Decorso della malattia lentamente progressivo: morte per marasma. Durata del processo morboso 5 mesi.

Autopsia: opacamento delle pia, e aderenza di essa in alcuni punti della corteccia; atrofia corticale: ependimite.

Osservazione V. — P. Z. di anni 61; ammogliato, contadino: cattolico; eredità psicopatica negativa; abuso di alcoolici: sifilide esclusa. Inizio della malattia graduale. Gravi note degenerative; pupille anisocoriche e miotiche, iridoparalasi; riflesso faringeo debolissimo, mancanti i riflessi addominali, normali gli altri: leggiere disartrie: incoordinazione e facile esauribilità nei movimenti; paralisi degli sfinteri del retto e della vescica; tremori diffusi nei muscoli della faccia; pelle arida; edemi ai malleoli e al dorso dei piedi. Ipoalgesia; parageusia; accentuata tendenza al sonno; voracità; memoria profondamente lesa, specialmente pei fatti recenti; deficienza dei sentimenti etici ed affettivi, umore apatico. Decorso della malattia lentamente progressivo; morte per marasma. Durata del processo morboso 20 mesi. Autopsia: calotta ispessita; dura ispessita ed aderente, pia opaca e aderente, atrofia ed edema corticale, idrocefalo interno arteriosclerosi diffusa.

Osservazione VI. — G. I. di anni 65, ammogliato, mercante di campagna, cattolico, con eredità psicopatica negativa eccessi sessuali, sifilide dubbia. Inizio della malattia graduale. Poche note degenerative: pupille anisocoriche, iridoparesi all'accomodazione; riflessi addominali, cremasterici, profondi degli arti superiori e rotulei vivaci; gravissime disartrie; deambulazione lenta e difficile, equilibrio instabile; paresi del facciale inferiore di destra; paralisi degli sfinteri dell'ano e della vescica; tremori negli arti. Ipoosmia e ipogeusia; memoria profondamente lesa; non idee deliranti nè allucinazioni; gravissime disgrafie; umore apatico.

Decorso della malattia lentamente progressivo; morte per marasma.

Durata del processo morboso 18 mesi. Autopsia: calotta ispessita; dura aderente; pia edematosa, intorbidata e aderente; atrofia corticale; idrocefalo interno, arteriosclerosi diffusa.

Osservazione VII. — T. E. di anni 62, ammogliato, musicante. Inizio della malattia graduale. Molte note degenerative, pupille miotiche, iridoparalisi

Digitized by Google

alla luce e all' accomodazione; riflesso faringeo mancante, vivaci i riflessi addominali e quelli profondi degli arti superiori; esageratissimi i rotulei. Gravi disartrie; incoordinazione dei movimenti degli arti; ipotonia dei facciali; tremori nel campo del facciale, nella lingua protrusa e nelle mani distese; decubiti ai trocanteri e al sacro. Memoria completamente perduta: mancanti le nozioni di tempo e di luogo: deliri di grandezza; euforia; perdita dei sentimenti affettivi; umore gaio; disgrafie; voracità. Decorso della malattia, lentamente progressivo; morte per setticoemia da decubiti; durata del processo morboso 12 mesi. Autopsia: calotta sclerosata; pia opacata, edematosa e aderente; atrofia corticale; idrocefalo interno, arteriosclerosi diffusa.

Osservazione VIII. - M. P. di anni 62, celibe, costruttore, cattolico, con eredità psicopatica negativa, abuso di alcoolici; grandi fatiche pregresse; sifilide negata. Inizio della malattia graduale; molte note degenerative; pupille anisocoriche; iridoparesi; vivaci i riflessi addominali e quelli profondi degli arti superiori; mancanti i rotulei; gravi disartrie; ptosi della palpebra superiore sinistra; deambulazione incerta; tremori nei muscoli della faccia, nella lingua protrusa e negli arti: ipoestesia dolorifica; memoria perduta per gli avvenimenti recenti; mancanti le nozioni di tempo e di luogo; euforia; perdita dei sentimenti affettivi; umore apatico, gravi disgrafie. Andamento della malattia progressivo; morte per broncopolmonite; durata del processo morboso 2 anni. Autopsia: calotta ispessita, dura ispessita, pia opacata ed edematosa; sostanza cerebrale iperemica; idrocefalo interno, ependimite, arteriosclerosi diffusa.

Osservazione IX. - M. D. di anni 64, vedovo, sarto, israelita, con eredità psicopatica negativa; sifilide esclusa. Inizio della malattia graduale; poche note degenerative; pupille anisocoriche, miosi: iridoparesi alla luce; mancanti i riflessi addominali e i cremasterici; dei rotulei abolito quello di destra, debolissimo quello di sinistra: gravi disastrie; difetto di convergenza dei globi oculari; nistagmo laterale nelle posizioni estreme: trisma; tremori nelle labbra - Attenzione scadente: conservate le nozioni di tempo e di luogo: deliri di grandezza con idee erotiche; euforia; umore esaltato. Andamento della malattia lentamente progressivo, morte per catarro intestinale; durata del processo morboso, 5 anni - Autopsia: pia opacata e aderente; atrofia corticale; ependimite.

Osservazione X. - N. P. di anni 61, vedovo, ingegnere, cattolico; eredità psicopatica positiva; pupille anisocoriche, miotiche; irridoparesi; gravi disartrie; sifilide sospetta. Inizio della malattia, graduale; poche note degenerative: fenomeno di Romberg; tremori negli arti superiori e nella lingua protrusa. Anestesia tattile e dolorifica; deliri di grandezza e di persecuzione; allucinazioni; euforia; perdita dei sentimenti etici; umore esaltato. Andamento progressivo della malattia; morte per polmonite; durata del processo morboso, 6 mesi. Autopsia: pia opacata ed aderente; atrofia corticale; ependimite.

Osservazione XI. - C. A. di anni 65, vedovo, cantante, cattolico; eredità psicopatica negativa; reumatismo cronico; sifilide dubbia: eccessi sessuali. Inizio della malattia, graduale; nessuna nota degenerativa; pupille miotiche

Digitized by Google

iridoparalisi alla luce: vivacissimi i riflessi rotulei, normali gli altri; gravi disartrie: incoordinazione dei movimenti; paralisi dello sfintere vescicale; tremori nei muscoli periorali, nella lingua protrusa, e nelle mani estese. Attenzione manchevole; memoria profondamente lesa; mancanti le nozioni di tempo e di luogo: deliri di persecuzione: umore esaltato; sitofobia. Andamento progressivo della malattia; morte per marasma; durata del processo morboso 3 mesi. Autopsia; pia edematosa, opacata e aderente; atrofia corticale; idrocefalo interno; ependimite, arteriosclerosi diffusa.

Osservazione XII. - L. A. di anni 65, ammogliato, impiegato, cattolico; eredità psicopatica positiva; sifilide negata. Inizio della malattia brusco: parecchie note degenerative; pupille miotiche, iridoparalisi alla luce e all'accomodazione: vivaci i riflessi rotulei; gravi disartrie; ipotonia dei facciali; paralisi degli sfinteri dell'ano e della vescica: tremori nei muscoli periorali e nelle mani protese. Ipoestesia dolorifica, parageusia o paraosmia: memoria profondamente lesa; mancanti le nozioni di tempo e di luogo, deliri di grandezza e di persecuzione; allucinazioni; euforia; umore irritabile. Accessi epilettiformi durante il decorso della malattia: in uno di essi l'infermo trovò la morte; durata del processo morboso 16 mesi. Autopsia: pia ispessita e aderente: ependimite, arteriosclerosi diffusa.

Osservazione XIII. - O. L. di anni 66, vedovo, agente d'affari, cattolico sifilide esclusa: abuso di alcoolici. Inizio della malattia graduale: molte note degenerative; pupille anisocoriche; iridoparesi alla luce, iridoparalisi all'accomodazione: debolissimi i riflessi rotulei: leggiere disartrie: paresi degli arti; paralisi del detrusore della vescica: tremori in toto negli arti: frequenti rossori al viso; vertigini: edemi diffusi; decubiti. Memoria perduta per i fatti recenti; deliri di grandezza e di persecuzione; deficienza dei sentimenti affettivi; umore irritabile: sitofobia. Andamento progressivo della malattia: morte per marasma; durata del processo morboso, 2 mesi - Autopsia: pia ispessita e aderente: idrocefalo interno; ependimite, atrofia corticale, arteriosclerosi diffusa.

Osservazione XIV. - F. R. di anni 62, maritata, donna di casa; cattolica; eredità psicopatica negativa; abuso di alcoolici; sifilide esclusa. Inizio della malattia, graduale: poche note degenerative; iridoparesi alla luce; deboli i riflessi addominali, vivaci quelli profondi degli arti superiori, esagerati i rotulei; gravi disartrie: deambulazione incerta, fenomeno di Romberg: paralisi degli sfinteri dell'ano e della vescica; tremori nei muscoli della faccia, nella lingua protrusa e nelle mani estese: edema negli arti inferiori. Memoria profondamente lesa, specialmente per i fatti recenti: mancanti le nozioni di tempo e di luogo: perdita dei sentimenti affettivi: umore apatico. Ripetuti attacchi epilettiformi durante il decorso della malattia; morte per marasma; durata del processo morboso, 26 mesi. Autopsia: calotta ispessita; dura ispessita e aderente pia opacata; idrocefalo interno, arteriosclerosi diffusa.

Osservazione XV. — F. R. di anni 61, nubile, donna di casa, cattolica: sifilide esclusa. Inizio della malattia graduale; poche note degenerative: pupille anisocoriche, iridoparalisi alla luce, iridoparesi all'accomodazione; vivaci i riflessi profondi degli arti superiori, deboli i rotulei: gravi disartrie;

Digitized by Google

tremori nella lingua protrusa e nei muscoli della faccia; edemi negli arti inferiori Ipoestesia dolorifica; attenzione debole; memoria completamente perduta; nozioni di tempo o di luogo solo in parte conservate: deliri di grandezza e di persecuzione; perdita dei sentimenti affettivi; umore esaltato. Durante il decorso della malattia ebbe un attacco apoplettiforme; morte per marasma; durata del processo morboso 4 anni. Autopsia: calotta ispessita; dura ispessita e aderente; pia ademalosa, opacata e aderente; idrocefalo interno, arteriosclerosi diffusa.

Osservazione XVI. — P. C di anni 61, vedova, donna di casa; cattolica; sifilide esclusa; abuso di alcoolici. Inizio della malattia, graduale; poche note degenerative: vivacissimi i riflessi rotulei e quelli profondi degli arti superiori; pupille normali; gravi disartrie; resistenza ai movimenti passivi degli arti, deambulazione incerta; paralisi degli sfinteri del retto e della vescica; tremori negli arti superiori. Perdute le notizie di tempo e di luogo; allucinazioni visive; umore esaltato. Andamento progressivo della malattia; morte per marasma; durata del processo morboso, 4 mesi Autopsia: calotta ispessita dura ispessita e aderente; pia opacata e aderente; atrofia corticale, arteriosclerosi diffusa.

Osservazione XVII — E. V. di anni 62 vedovo, ingegnere, cattolico: eredità psicopatica negativa; sifilide confessata; abuso di alcoolici. Inizio della malattia, graduale; nessuna nota degenerativa; pupille miotiche, iridoparalisi alla luce; riflessi rotulei vivaci; gravi disartrie; paresi dei muscoli della faccia a destra; tremori nelle mani e nella faccia. Ipoestesia tattile, amaurosi; spiccata tendenza al sonno; memoria profondamente lesa; deliri di persecuzione, allucinazioni, umore esaltato. Andamento progressivo della malattia; morte per marasma; durata del processo morboso 5 mesi. Autopsia: calotta ispessita, dura ispessita e aderente; pia opacata e aderente; ependimite, arteriosclerosi diffusa.

Osservazione XVIII. — M. F. di anni 67, ammogliato, giardiniere, cattolico. Molte note degenerative; pupille anisocoriche, iridoparalisi alla luce e all'accomodazione; vivacissimi i riflessi rotulei, mancanti il faringeo e quelli profondi degli arti superiori, normali gli altri, gravi disartrie resistenza ai movimenti passivi, limitati i movimenti attivi, deambulazione incerta, fenomeno di Romberg: paralisi degli sfinteri del retto e della vescica; edemi palpebrali. Memoria notevolmente diminuita; perdute le nozioni di tempo e di luogo; umore apatico. Esito, morte dopo 16 giorni. Autopsia: dura ispessita e aderente; pia edematosa, ispessita, opacata e aderente: idrocefalo interno, ependimite.

Osservazione XIX, — I. F. di anni 77, ammogliato liquorista; eredità psicopatica negativa, sifilide dubbia, abuso di alcoolici. Inizio della malattia graduale; poche note degenerative; pupille anisocoriche, iridoparesi alla luce; vivacissimi i riflessi rotulei; facciali inferiori ipotonici, limitati i movimenti attivi degli arti, deambulazione incerta, paralisi degli sfinteri del retto e della vescica; tremori nella lingua protrusa nelle mani estese, e negli arti inferiori; decubiti al sacro. Memoria profondamente lesa; perdute le nozioni di tempo e di luogo; allucinazioni, perdita dei sentimenti affettivi, sitofobia. Durante il decorso della malattia si ebbe un attacco apoplettiforme; morte per ma-

Digitized by Google

rasma; durata del processo morboso, 12 mesi. Autopsia: pia opacata, ispessita e aderente; atrofia corticale, idrocefalo interno, ependimite, arteriosclerosi diffusa.

Osservazione XX. — R. F. di anni 68, ammogliato, muratore, cattolico; eredità psicopatica negativa. Inizio della malattia graduale; nessuna nota degenerativa: pupille anisocoriche, iridoparesi alla luce e all'accomodazione; deboli i riflessi rotulei, normali gli altri: gravi disartrie: limitati i movimenti attivi degli arti deambulazione incerta; paralisi degli sfinteri del retto e della vescica: tremori nei muscoli della faccia, nella lingua, e negli arti. Ipoestesia dolorifica: memoria quasi completamente perduta; mancanti le nozioni di tempo e di luogo: umore apatico. Andamento della malattia, lentamente progressivo: morte per marasma: durata del processo morboso, 11 mesi. Autopsia: calotta ispessita, dura ispessita e aderente: pia opacata, ispessita e aderente: atrofia corticale: idrocefalo interno; ependimite, arteriosclerosi diffusa.

Osservazione XXI. — G. F. di anni 67, vedovo, mediatore, cattolico, con eredità psicopatica negativa: sifilide esclusa; abuso di alcoolici. Inizio della malattia graduale, nessuna nota degenerativa: pupille anisocoriche: iridoparesi alla luce e all'accomodazione; vivaci i riflessi profondi degli arti superiori e i rotulei, normali gli altri, gravi disartrie; ipotonia dei facciali inferiori; tardi e incompleti i movimenti degli arti, fenomeno di Romberg; paralisi degli sfinteri del retto e della vescica: tremori nei muscoli periorali, nella lingua protrusa e nelle mani estese. Grave dissoluzione mentale: deliri di grandezza; umore esaltato; qualche volta rifiuto del cibo; attacchi epilettiformi: morte per marasma: durata del processo morboso 12 mesi. Autopsia: pia intorbidata e aderente; atrofia corticale: ependimite, arteriosclerosi diffusa.

Osservazione XXII. — D. C. di anni 62, ammogliato, vetturale, cattolico, eredità psicopatica positiva; sifilide dubbia. Inizio della malattia graduale: poche note degenerative, pupille miotiche, iridoparesi alla luce; deboli i riflessi rotulei, mancanti quelli profondi degli arti superiori, normali gli altri; gravi disartrie; ipotonia del facciale inferiore sinistro; lentezza e incoordinazione nei movimenti degli arti, paralisi degli sfinteri del retto e della vescica; tremori nei muscoli periorali, nella lingua protrusa e nelle mani estese. Memoria completamente perduta, mancanti le nozioni di tempo e di luogo; umore apatico. Decorso della malattia lentamente progressivo; morte per marasma; durata del processo morboso 3 anni. Autopsia: calotta ispessita, dura ispessita e aderente: pia edematosa e in qualche punto aderente; idrocefalo interno, arterioslerosi diffusa.

Osservazione XXIII. — N. S. di anni 65, ammogliato, avvocato, cattolico, con eredità psicopatica positiva; sifilide sospetta. Inizio della malattia graduale, molte note degenerative; pupille anisocoriche; iridoparesi alla luce; esagerati i riflessi rotulei: gravi disartrie; ipotonia dei facciali, deambulazione lenta e incerta; paralisi degli sfinteri del retto e della vescica; tremori nei muscoli periorali, nei masseteri, nella lingua protrusa e nelle mani estese; decubiti. Deliri di grandezza e di persecuzione: perdita dei sentimenti affettivi; umore esaltato; durante il decorso della malattia l'infermo ebbe una volta un at-

Digitized by Google

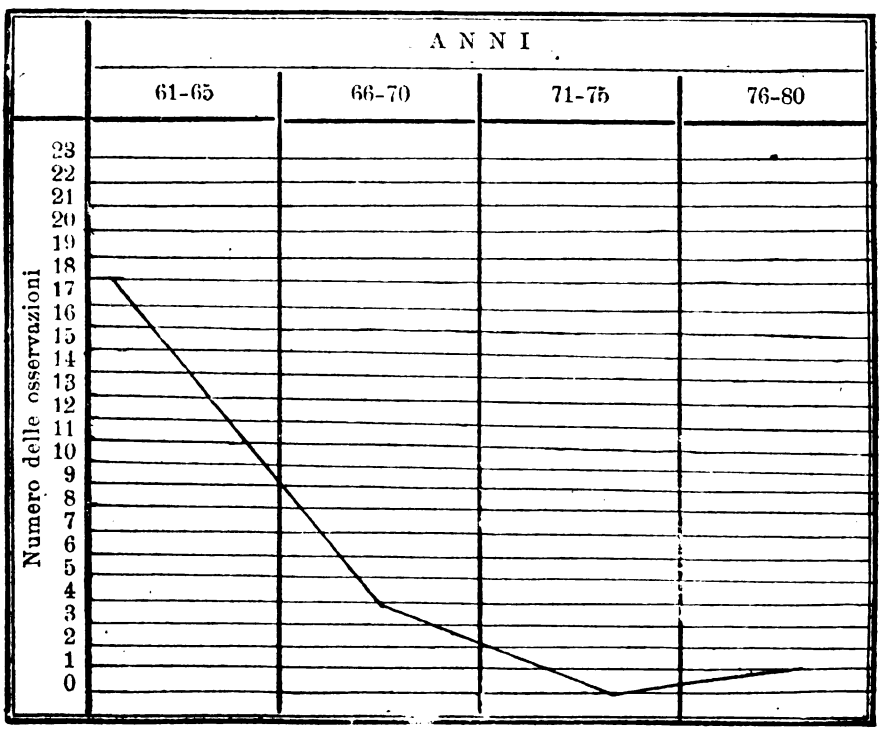
tacco apoplettiforme; morte per marasma; durata del processo morboso, 3 anni. Autopsia: pia opacata, ispessita e aderente; atrofia corticale; idrocefalo interno; ependimite; arteriosclerosi diffusa.

La demenza paralitica dell'età avanzata si trova appena accennata negli autori classici; i quali affermano che la massima parte dei casi di paralisi progressiva cade tra il quarantesimo e il quarantacinquesimo anno di età.

Prima del venticinquesimo, e dopo il cinquantesimo anno essa viene ritenuta dagli autori molto rara (Kraepelin); e così pure si esprimono il Krafft-Ebing, lo Ziehen, e lo Schüle ecc. che la dà pochissimo frequente dopo il 60.° anno.

Età. Le mie osservazioni ascendono a 23, e tutte in soggetti che avevano oltrepassato il 60.° anno di età; il massimo numero dei casi però è compreso nel quinquennio 61-65: la distribuzione del resto a seconda dell'età delle mie osservazioni, risulta chiaramente dalla seguente curva, dalla quale risulta come rapidamente vada diminuendo il numero dei casi col progredire dell'età.

TABELLA I.



Digitized by Google

Sesso. - Rispetto al sesso i miei casi mostrano una preponderanza degli uomini sulle donne (19 uomini e 4 donne); il sesso maschile rappresenterebbe l' 82,60 0[0 dei colpiti, mentre il sesso femminile solo il 17,39 0[0.

Tale differenza corrisponde a quella che è stata constatata per la paralisi progressiva dell' età media, in cui il sesso maschile è colpito 2-5 volte di più di quello femminile (K r a e p e l i n), e secondo K r a f f t-E b i n g e Z i e h e n tale proporzione è anche più accentuata (1-7,8.)

Stato civile. - Per lo stato civile, per il sesso maschile, la paralisi progressiva dell' età avanzata, secondo le mie osservazioni, è di gran lunga più frequente negli ammogliati; seguono poi i vedovi; ed un grado minimo ci è rappresentato dai celibi. Anche nel sesso femminile, essa è più frequente nelle donne maritate.

Le mie osservazioni si raggruppano a seconda dello stato civile nel seguente modo:

TABELLA II.

Numero delle osservazioni.	UOMINI			DONNE		
	celibi	ammogliati	vedovi	nubili	maritate	vedove
	IV VIII	I V. VI VII XII XVIII XIX XX XKII XXIII	III IX X XI XIII XVII XXI	XV	II XIV	XVI
Totale	2	10	7	1	2	1

Esprimendo nella proporzione percentuale i dati che ci fornisce questa tabella, noi abbiamo, per gli uomini, che gli ammogliati rappresentano il 52,63 0[0, i vedovi il 36,84 0[0, ed i celibi il 10,52 0[0; per il sesso femminile, le maritate il 50 0[0, le vedove e le nubili il 25 0[0 ciascuna. Riunendo poi insieme i due sessi, considerando complessivamente quelli che si trovano o si son trovati nello stato coniugale, si ha una percentuale altissima (86,96 0[0) di fronte ai non coniugati (13,04 0[0). Tale risultato è addirittura l' opposto di quello che si trovava consacrato nei trattati classici, rispetto alla paralisi progressiva dell' età media, la quale si riscontra molto più facilmente nei non coniugati (K r a e p e l i n).

Digitized by Google

Professione - I miei paralitici, rispetto alla professione, si trovano presso a poco in tutti i gradi sociali, dal possidente, all'artista, al professionista, all' operaio, al contadino. Delle donne, una esercitava il mestiere di lavandaia ; la professione delle altre tre viene indicata col nome generico di donna di casa.

TABELLA III.

UOMINI	DONNE
I. Lavorante in cera	II. Lavandaia
III. Scultore	XIV. Donna di casa
IV. Possidente	XV. Donna di casa
V. Contadino	XVI. Donna di casa
VI. Mercante di campagna	
VII. Musicante	
VIII. Soprastante ai lavori	
IX. Sarto	
X-XVII. Ingegnere	
XI. Cantante	
XII. Impiegato	
XIII. Agente d' affari	
XVIII. Giardiniere	
XIX. Liquorista	
XX. Muratore	
XXI. Mediatore	
XXII. Vetturino	
XXIII. Avvocato.	

La cultura è in relazione con la professione ; dall' illetterato si passa a quegli che sa leggere e scrivere, all' agente d' affari ed alla cultura superiore dell' avvocato e dell' ingegnere.

Religione - Tutti i miei paralitici sono cattolici, ad eccezione di uno che è israelita, ciò che rappresenterebbe una proporzione di 4,34 0[0] per gli ebrei.

Sifilide - Ho fatto ricerche accurate sull' anamnesi dei miei paralitici per ricercare i rapporti tra una possibile infezione celtica pre-

Digitized by Google

gressa e la paralisi progressiva svoltasi in seguito. Non è qui il caso di riassumere la storia della questione; solo dirò che, passato il periodo in cui si credeva che la paralisi progressiva fosse di origine e di natura sifilitica, quantunque oggidì, in Francia si cerchi di rimettere in onore tale concetto, sostenendo direttamente la guaribilità delle affezioni così dette parasifilitiche col trattamento mercuriale ad oltranza (Leredde), oggidì si accetta dai più il concetto parasifilitico dello Strümpell o metasifilitico del Moebius. Però già cominciano a sorgere qua e là alcuni dubbi, ed osservatori autorevoli affermano la esistenza di casi di paralisi progressiva nei quali si può escludere con certezza l'infezione celtica (Seppilli, Bianchi) mentre altri hanno constatato dei casi di paralisi progressiva in cui si è contratta l'infezione celtica proprio all'inizio della demenza paralitica (Kiernan, Morselli, Garbini).

Nei miei paralitici l'infezione celtica è stata accertata sia dall'esame obbiettivo, sia dalla confessione diretta del paziente o dei parenti, in 3 casi (osservaz. IV, XVII, XXIII). In altri due casi l'infezione è stata dedotta dalla esistenza di pleiadi gangliari palpabili, o dagli aborti della moglie dei pazienti (osservazioni III, X). Per tre osservazioni VI, XI, XIX) mentre l'anamnesi rispetto all'infezione celtica è muta, il risultato dell'esame obbiettivo è rimasto dubbio. Per due casi (osservazioni VII, XVIII) manca qualunque notizia anamnestica. Nell'osservazione XX l'anamnesi dice che il paziente non sembra abbia sofferto sifilide. Vi sono le rimanenti osservazioni in cui l'anamnesi accuratamente eseguita, esclude assolutamente la esistenza della lue pregressa, e l'esame obbiettivo concorda con essa, in quanto che, non si riscontrano tracce di pleiadi gangliari palpabili nelle varie regioni del corpo, nè residui di periostiti sulla cresta delle tibie, e se i pazienti passarono per lo stato coniugale, non ebbero aborti o figli morti precocemente per malattie sospette.

Noi vogliamo togliere da questo gruppo anche quei casi in cui, quantunque si neghi la infezione luetica nell'anamnesi, le notizie storiche sono molto brevi (osservazioni II, XV, XVI). Rimangono sempre otto osservazioni (I, V, VIII, IX, XII, XIII, XIV, XXI) in cui, a me sembra, che si possa escludere con certezza l'infezione sifilitica, a meno che non si voglia ricorrere alla sifilide ignorata, quantunque all'esame obbiettivo non se ne riscontrasse traccia alcuna; o non si voglia dalla uniformità della forma clinica argomentare l'unità della causa genetica riconosciuta nella sifilide (Hirschl).

In queste osservazioni, in cui credo di poter escludere la infezione luetica, l'anamnesi è ricca di eredità nevropatica o psicopatica, o di abuso di alcoolici, o dell'uno e dell'altro elemento.

Digitized by Google

Abuso di sostanze alcooliche - L'abuso di sostanze alcooliche è notato nell'anamnesi dei miei paralitici 8 volte (V, VIII, XIII, XIV, XVI, XIX, XXI), mentre viene escluso per 10 (osservazioni I, II, III, IV, VI, IX, X, XI, XII, XXIII); per le altre rimanenti manca qualunque informazione. Tra quelle osservazioni nelle quali l'anamnesi è positiva rispetto all'abuso di alcool, vanno prese in considerazione soprattutto quelle in cui si può, a quanto mi sembra, escludere l'infezione luetica : vale a dire le osservazioni V, VIII. XIII, XIV, XXI in cui l'alcool si presenta come un elemento etiologico importante, isolato od associato all'eredità.

Le opinioni più disparate si trovano registrate nella letteratura, sull'argomento che riguarda l'alcoolismo nell'etiologia della paralisi progressiva. Il Regis e il Marie affermano che esso non ha significato alcuno; per Magnan l'uso continuato di alcool può condurre alla paralisi progressiva; il Greindenberg pone l'alcoolismo dopo la sifilide, tra le cause della malattia nella proporzione del 14,3 0[0 come causa esclusiva, e del 40 0[0 combinato ad altre cause; il Van-Deventer pone l'abuso delle bevande alcooliche in prima lina; il Knudt, il Funaioli, il Bianchi, il Seppilli riconoscono che l'alcoolismo può essere la causa esclusiva della demenza paralitica; anzi per il Bianchi tale abuso avrebbe un potere genetico che quasi uguaglia quello della sifilide.

Come le affermazioni basate sulla ricerca clinica e sulla statistica non sono concordi, così pure i risultati sperimentali sono contraddittorii. Il Combemale avrebbe dimostrato sperimentalmente, nei cani sottoposti all'uso eccessivo di sostanze alcooliche, dei sintomi paralitici, ed all'autopsia i segni non dubbi di una meningoencefalite; mentre il Christian nega questo risultato anatomopatologico, e il Guffroy afferma che negli esperimenti l'alcool produce lesioni interstiziali, mentre la paralisi progressiva ha per base una lesione parenchimatosa.

Da quanto ho riferito si può dedurre che la questione non è ancora certamente risolta. I miei casi starebbero a favore dell'opinione che l'abuso di sostanze alcooliche possa dar luogo nell'età avanzata allo svolgimento del quadro morboso della paralisi progressiva, figurando tale abuso come solo elemento causale nelle osservazioni V, XIII, XIV, XXI.

Eccessi sessuali - Si è affermato che gli eccessi sessuali favoriscano lo sviluppo della paralisi progressiva (Foville A.); il Krafft-Ebing riconosce agli eccessi venerei la produzione di disturbi vasomotori che, come sappiamo, costituiscono il primo fenomeno nel processo della paralisi (Lubimoff e Schüle). Nei miei casi gli eccessi sessuali si riscontrano solo in 3 osservazioni (III, VI, XI, 13,04 0[0) appartenenti ad uomini due vedovi ed uno ammogliato, in cui la sifilide era

Digitized by Google

sospettata in 2 casi, e nel terzo v' erano state parecchie malattie contratte negli accoppiamenti.

Eredità - Mentre dapprima si riteneva che la eredità neuropatica o psicopatica nei paralitici fosse meno intensa che nelle altre malattie, e che questa forma morbosa si sviluppasse sotto l' influenza di cause che agiscono sull' individuo senza alcun rapporto con la predisposizione ereditaria, le ricerche ulteriori hanno dimostrato invece che l' eredità ha un' influenza molto più grande di quello che generalmente si ritiene. Ed il Näcke è arrivato alla conclusione che la paralisi progressiva non colpisce un cervello solido e sano, ma quello predisposto a malattie ulteriori, già quasi predestinato. E senza questo elemento la sifilide non sarebbe capace di generare la paralisi progressiva.

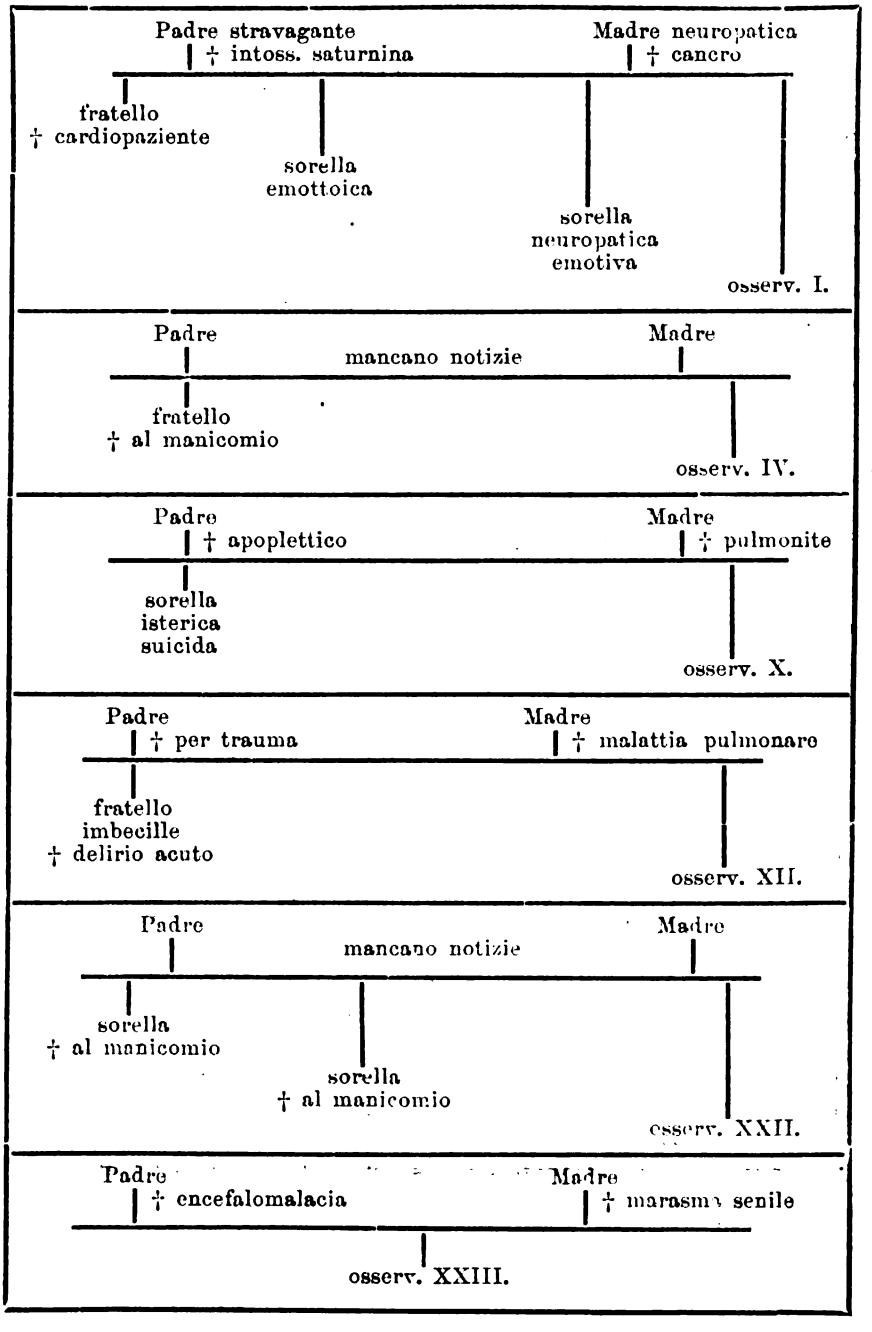
Io non voglio qui passare in rassegna la letteratura in proposito, mi limito solo a mettere in rilievo l' influenza che tale elemento ha nella paralisi progressiva infanto-giovanile per la quale dal Thiry sono riferite alcune tabelle genealogiche realmente istruttive. Il Bianchi recentemente ha trovato che, sopra 87 casi, l' eredità figura 48 volte: vale a dire il 55,17 0[0]; e mentre la sifilide da sola la ritrova 12 volte, l' eredità sola la constata 17. Nelle statistiche di Westphal e di Greindenberg essa figura scarsamente.

Nelle mie osservazioni la eredità neuropatica o psicopatica è stata accertata 6 volte su 23; però in 5 altri casi manca qualunque notizia in proposito, e nei rimanenti 12 non sono in grado di escludere assolutamente se vi sia stato qualche elemento di eredità morbosa; le anamnesi in proposito riferiscono che « **sembra** che non vi sia eredità neuropatica o psicopatica ». E qui inoltre bisogna tener presente quanto è difficile una ricerca accurata, rifiutandosi quasi sempre i parenti di fornire al medico le notizie che essi sanno sui loro ascendenti o collaterali. Comunque sia, è certo che la mia percentuale, senza tener conto dei 5 casi in cui manca l' anamnesi, è già abbastanza elevata 26,08 0[0] nella quale essa figura o isolata o accoppiata con altre cause, e questa cifra dimostra il valore che ha la labe gentilizia.

La estensione della eredità nelle mie osservazioni risulta dalla seguente tabella:

Digitized by Google

TABELLA IV.



Digitized by Google

Stigmate fisiche della degenerazione — Il Näcke è stato quello che recentemente ha sostenuto, come ho detto di sopra, che la paralisi progressiva si svolge in un cervello invalido fin dalla nascita; l'eredità neuro e psicopatica dei paralitici ne è una prova da un lato, e dall'altro la frequenza maggiore con la quale si riscontrano nei paralitici i segni degenerativi. Tra i miei casi, appena poco meno di 1/3, non presentavano segni degenerativi esterni (osservaz. I, II, IV, XI, XVII, XX, XXI); ciò che dà il 30,43 0/0; nelle altre rimanenti osservazioni i segni degenerativi si riscontrano pochi o numerosi; ciò che dà una percentuale del 69,56 0/0. Riunisco nella seguente tabella la frequenza con la quale si sono riscontrati i varii segni degenerativi nelle mie osservazioni, ricordando che ho seguito nel classificare la gravità dei segni degenerativi, il risultato degli studii di Giuffrida Ruggeri.

TABELLA V.

Nessuna	Leggere	Gravi
I II IV	III VI IX	V VII VIII
XI XVII	X XIV XV	XII XIII XVIII
XX XXI	XVI XIX XXII	XXIII

Modo di iniziarsi. L'inizio del processo morboso si è manifestato coi segni d'indebolimento mentale, con smemoratezza, distrazione, trascuraggine, diminuzione della volontà. In alcuni si è constatata un'irritabilità eccessiva ed una diminuzione dell'affettività verso la propria famiglia; in un solo caso si è notato accentuazione dello stimolo sessuale; è stata frequente anche la prodigalità, non dissimile dalla demenza paralitica degli altri periodi della vita. Merita sopratutto di essere rilevato un caso, in cui la malattia si stabilì in modo acuto dopo un attacco apoplettiforme (osserv. XII); e questa osservazione merita tanto più di esser notata, perchè gli attacchi apoplettiformi ed epilettiformi si sono manifestati con un'insolita frequenza durante tutto il corso della malattia, e in seguito ad uno di essi avvenne la morte.

Riflessi pupillari. Ho rivolto una speciale ricerca allo stato dei riflessi pupillari, ed i risultati sono esposti nella seguente tabella:

Digitized by Google

TABELLA VI.

Miotiche	Midriatiche	Disuguali	A cont. irreg.	Alla luce		All' accomodaz.	
				Paresi	Paralisi	Paresi	Paralisi
I			I	I			
III		III		III			
IV					IV		IV
V		V			V		V
		VI				VI	
VII					VII		VII
		VIII		VIII		VIII	
IX		IX		IX			
X		X		X		X	
XI					XI		
XII					XII		XII
		XIII		XIII			XIII
				XIV			
		XV			XV	XV	
XVII					XVII		
		XVIII			XVIII		XVIII
		XIX		XIX			
		XX		XX		XX	
		XXI		XXI		XXI	
XXII				XXII			
		XXIII		XXIII			
XVI normali							

Da questa tabella risulta la grande frequenza colla quale le pupille si presentano miotiche, cosa del resto che può trovare la sua spiegazione nel fatto fisiologico che le pupille del vecchio sono già molto ristrette. Non s' è mai osservata la midriasi: la disuguaglianza pupillare, l' ani-

Digitized by Google

socoria, si è osservata in più della metà dei casi (56, 52 0[0). Una sola volta il contorno è stato irregolare (osserv. I). Rispetto alla reazione pupillare alla luce, essa si è riscontrata normale solo in tre casi (II, VI, XVI), in tutti i rimanenti vi era una paresi o una paralisi allo stimolo luminoso, la prima dodici volte su 23, (51.73 0[0), la seconda 8 volte su 23 (34,74 0[0) ; e ricordando come le pupille si facciano un pò pigre nell' età avanzata, se ne deduce la importanza minore che acquista, dal punto di vista diagnostico, la sola iridoparesi. L' esame dell' accomodamento pupillare mi ha fatto riscontrare che lo stato paretico o paralitico accomodativo in generale coincide con lo stesso modo di comportarsi della pupilla rispetto alla luce. Solo nell' osservazione XIII alla paresi per la luce corrisponde una paralisi accomodativa. Ho già fatto notare che in tre esservazioni le pupille reagivano normalmente alla luce: in una di queste, e precisamente nella VI, vi era una iridoparesi accomodativa, mentre nelle altre due anche l' accomodazione si manteneva normale. Questi casi sono di una grande importanza perchè indicano che l' alterazione della pupilla alla luce, anche nella paralisi progressiva che sorge nell' età avanzata, può mancare ; e tanto più questa mia affermazione ha importanza, per essere stata constatata più volte durante il corso della malattia la esistenza della reazione pronta alla luce.

Riflessi tendinei. Le ricerche sullo stato dei riflessi tendinei, e principalmente dei rotulei, nella paralisi progressiva sono numerose. Il Bianchi si occupò dei riflessi tendinei, e specialmente di quello del ginocchio, ed affermò che all' esordio della malattia predomina l' esagerazione. L' Agostini afferma che nel primo periodo vi è un leggero aumento dei riflessi tendinei nel secondo sono vivacissimi i rotulei, e nel terzo si presentano ora aumentati, ora diminuiti i riflessi tendinei. Il Briand stabilisce un parallelismo tra i riflessi pupillari ed i tendinei ; per esso se i riflessi tendinei sono vivaci, aumenterebbero nel corso della malattia, se invece sono deboli, tale stato poi non peggiora. Il Marandon de Montyel, nel suo studio sul riflesso patellare nella paralisi generale, conclude che questo è più spesso anormale che normale ; l' alterazione più frequente è l' esagerazione ; le abolizioni sono rare, l' indebolimento più raro ancora ; esso è più spesso alterato nel primo che nel secondo periodo, e nel secondo più spesso che nel terzo ; le ineguaglianze a destra ed a sinistra sono abbastanza rare ; l' esagerazione è più frequente nel secondo periodo, le abolizioni nel primo ; nel terzo si trova la massima frequenza degli indebolimenti e la minima delle esagerazioni; nella forma depressiva il riflesso patellare è più sovente esagerato. Nelle mie ricerche eseguite al momento in cui il malato fu esaminato per la prima volta, si è trovata predominante l' esagerazione dei riflessi rotulei (12

Digitized by Google

volte 52,17 0[0]; segue subito in ordine di frequenza la diminuzione (7 volte 30 43 0[0]; la mancanza completa o lo stato normale di essi si sono riscontrati rispettivamente 2 volte (8,69 0[0] fatto che concorderebbe coi risultati accennati dal Bianchi. Però l'esame eseguito durante la evoluzione del processo morboso, dimostra come non sia possibile stabilire un rapporto tra lo stato dei rotulei ed il periodo della malattia, cosa che del resto è già nota per la paralisi progressiva dell'età adulta, come è stato ripetute volte affermato nelle lezioni di Sciamanna, Mingazzini, Giannelli. Anch'io ho trovato registrato nei diari le modificazioni più diverse, in uno stesso caso, dello stato dei riflessi; là dove prima erano segnati aumentati, in seguito si sono riscontrati diminuiti, e poi di nuovo aumentati e così via.

Anche per i riflessi profondi degli arti superiori, ho trovato presso a poco l'istesso risultato: aumentati in 7 casi (30,43 0[0]), diminuiti e mancanti in 2 (8,69 0[0]).

Riflessi addominali. L'indagine sullo stato dei riflessi addominali e del riflesso cremasterico, non può farmi accettare le conclusioni dell'Agostini e del Marandon de Montyel, il quale riteneva che il numero delle abolizioni del riflesso cremasterico aumenta dall'inizio alla fine del morbo, mentre il numero degli aumenti rispettivamente diminuisce.

Innervazione della faccia. Nelle mie osservazioni mancano fenomeni a carico dell'innervazione oculare esterna, e la ptosi, esistente isolata in un solo caso, non può avere grande importanza. Di maggiore rilievo sono invece le differenze marcate nel tono dei muscoli facciali, tanto da far apparire manifesta la deviazione della commessura delle labbra verso un lato. Tale deviazione in generale non si riscontra così accentuata nella paralisi progressiva dell'età adulta, sebbene in questa l'innervazione dei muscoli della faccia sia spesso disuguale (Schüle), cosicchè tale differenza, riscontrata da me, potrebbe avere una certa importanza diagnostica, avvicinando i casi miei alla demenza senile, nella quale sarebbe distintiva la paralisi da un lato della faccia (Arnaud).

Movimenti degli arti. I movimenti delicati degli arti superiori solo in pochi casi si sono presentati incoordinati. Rare volte si è riscontrata la resistenza ai movimenti passivi (osserv. XVI, XVIII, XIX) e due volte soltanto la paresi degli arti (osserv. XIII e XV)

Deambulazione. La deambulazione ha presentato in generale il carattere strisciante; i piedi venivano mossi lentamente con piccoli passi, e spesso il paziente aveva bisogno di un sostegno per sorreggersi. Questo disordine non ricordava affatto quello caratteristico del paralitico progressivo; e non vi è stato mai alcun accenno all'andatura da tacchino o all'andatura in parata (Zenker). Il disordine motorio non aveva il carattere atassico neppure all'inizio della malattia, ma invece aveva fin

Digitized by Google

d' allora una netta impronta paretica. Veri disordini dell' equilibrio, in modo da aversi il sintoma di Romberg chiaro si sono avuti solo 4 volte (17,39 0[0, osservazioni X, XIV, XVIII, XXI).

Tremori. I tremori si sono riscontrati in quasi tutti i casi, e sempre col carattere distintivo del tremore che si riscontra nella paralisi progressiva. Esso invadeva la lingua protrusa, i muscoli della faccia nell' atto di mostrare i denti, nelle mani estese nell' atto del giuramento; si manifestava coi movimenti volontari. Solo in pochi casi si è osservato negli arti anche allo stato di riposo (osserv. VI, VIII, IX, XXIII): esso era sempre maggiore nell' istante in cui cominciava il movimento; le oscillazioni aritmiche lo facevano subito riconoscere e non presentava alcun carattere che potesse farlo confondere col tremore senile. É importante che in quelle osservazioni nelle quali l' anammesi parla di eccessi alcoolici, il tremore non lasciava riconoscere alcun dato caratteristico (più intenso a digiuno, o mitigantesi coll' uso delle bevande alcooliche); esso si è constatato fin dall' inizio del processo morboso, e sopratutto nella lingua nell' atto della sua protrusione.

Stridore dei denti. Un disordine motorio che nella paralisi classica è riferito come frequente, cioè il diruginare dei denti (Schüle) nelle mie osservazioni si è constatato solo una volta (osserv. IX) ad intervalli fin dall' inizio del processo morboso.

Paralisi dello sfintere del retto e della vescica. Un disturbo importante per la sua frequenza nelle mie osservazioni è rappresentato dalla paralisi degli sfinteri del retto e della vescica, constatata fin dall' inizio del processo morboso nelle seguenti osservazioni:

TABELLA VII.

Paralisi dello sfintere del retto	Paralisi dello sfintere della vescica
II V VI XII XIV	II V VI XI XII
XVI XVIII XIX XX	XIV XVI XVIII XIX
XXI XXII XXIII	XX XXI XXII XXIII

In un solo caso si è avuta paralisi del detrusore della vescica (osserv. XIII).

La frequenza di tale disordine (56,52 0[0), che si manifesta fin dall' inizio nella paralisi progressiva dell' età avanzata, merita di essere rilevata, in quanto che i disordini nella emissione delle urine e delle fecci si osservano nella paralisi dell' età adulta, ordinariamente negli ultimi stadi (Schüle).

Digitized by Google

Disturbi della sensibilità. Ai disturbi di senso riferisco pochissima importanza, perchè i risultati credo debbano essere accettati con molta riserva, dato lo stato mentale proprio di questi pazienti. In generale posso dire che all' inizio la sensibilità si è mostrata poco lesa nelle sue varie modalità, sia generale che specifica, e solo la sensibilità al dolore è quella che si presenta relativamente alterata un numero maggiore di volte, in 7 volte con diminuzione e in 2 volte con un aumento (iperalgia). Nel corso ulteriore del processo morboso i risultati sono ancor meno attendibili per l' estendersi del processo cerebrale, ed il susseguente accentuarsi della demenza; per questo non credo trattenermi di più su questi disturbi.

Disordini vasomotori e trofici — Questi disordini, quantunque non molto frequenti, meritano importanza per essersi riscontrati in un certo numero di casi, quasi fin dall' inizio del processo morboso, sotto forma di cianosi all'estremità (osserv. I, IV), di edemi agli arti inferiori (osserv. V, XIV, XV), di edemi alle palpebre (osserv. XVIII). Quasi sempre la pelle era arida e secca, sopratutto nell' osservazione V. I decubiti al sacro o anche ai trocanteri, si sono avuti nei casi VII, XIII, XIX, XXIII. Come dicevo, tali disordini imponevano per la loro solennità fin dal momento dell' ammissione degli infermi nel manicomio, cioè a dire ai primi periodi del processo morboso. Questo a me sembra doversi porre in rilievo nella paralisi progressiva dell' età avanzata, tanto più che anche nei rimanenti casi i disturbi trofici e vasomotori non sono mancati dopo poco tempo della degenza degli infermi nell' istituto.

Voracità. - Rifiuto del cibo — In ben pochi casi è stata constatata la voracità (osserv. III, V, VII). Il rifiuto del cibo permanentemente in un caso (XIX), intercorrentemente e per poco tempo nelle osservazioni XI, XIII e XXI, ed il rifiuto degli alimenti è in rapporto con lo stato mentale del paziente (appercezione ostile, idee deliranti di persecuzione, allucinazioni).

Tendenza al sonno. — La tendenza al sonno si è riscontrata solo in tre casi, e molto accentuata (osserv. III, V, XVII). A me sembra che la poca frequenza di questo fatto debba avere una certa importanza clinica, perchè esso suole riscontrarsi con una certa facilità nelle psicopatie della senilità.

Disordini disartrici — I disordini disartrici non sono mai mancati, e quel che più importa sono stati sempre intensi fin dall' inizio del morbo; solo in quattro casi (osserv. II, III, V, XIII) sono caratterizzati all' inizio come leggeri o di mediocre intensità. Essi non avevano il carattere di un' incoordinazione, cioè il carattere atassico, ma avevano un' impronta per così dire glossoplegica; i pazienti parlavano come se avessero qualche oggetto nella bocca, in modo che le parole per la massima parte erano incomprensibili.

Digitized by Google

Scrittura — Nei pochi casi in cui si è potuto fare l'esame della scrittura, si sono constatate sempre alterazioni più o meno gravi; in un caso (osserv. X) esse furono per qualche tempo tanto poco manifeste da far dubitare della loro esistenza. Tale osservazione ricorda quelle già fatte dallo Schüle, che cioè si osservano casi di paralisi progressiva senza disturbi degli scritti. Nelle altre osservazioni le alterazioni erano caratteristiche: si comprende, come fece mettere in rilievo l'Erlenmeyer, che una serie di alterazioni della scrittura debba essere di natura psico-motoria cioè debba essere la conseguenza di disordini nella rievocazione delle immagini mnemoniche e motorie, e della deficiente attenzione, mentre le alterazioni grafo-meccaniche, cioè quelle che riguardano solo la manualità dello scritto, stanno in rapporto col tremore che insorge nei movimenti volontari.

Il disordine della scrittura nei casi di demenza paralitica dell'età avanzata non ricorda affatto quello che suole osservarsi nella senilità, nella quale si presenta una grande uniformità, quasi corrispondente al ritmo del tremore senile (Bianchi, Kraepelin). Esso invece ha le stesse qualità di quello della demenza paralitica conclamata: non esiste nei casi miei di paralisi progressiva dell'età avanzata, quella alterazione della scrittura costituita solo da irregolarità delle linee, angoli, uncini, irregolarmente distribuita nelle varie lettere (analoga al tremore della paralisi progressiva, Bianchi); ma qui la scrittura si è riscontrata, fin dal primo momento in cui i pazienti sono stati esaminati alterata molto più profondamente, essendo la formazione letterale spesso mancante del tutto. Tale disordine trova la sua analogia in quello descritto sulla articolazione della parola, tanto che questi due ordini di sintomi possono essere, come sosteneva il Marcè, legittimamente assimilati.

Disordini psichici — È caratteristica in tutti i miei malati la dissoluzione grave più o meno profonda ed estesa delle facoltà psichiche che si rivela fin dall'inizio. La coscienza apparisce quasi sempre profondamente turbata, come espressione dell'invadente processo morboso, che ha per conseguenza diretta l'indebolimento mentale.

Orientamento — Solo in rari casi le nozioni del luogo e del tempo appariscono approssimativamente conservate (osserv. X, XIII, XV), ed una sola volta il paziente era in grado di dare su di esse indicazioni esatte (osserv. IX).

Decadimento rapido — Nei miei casi si passa rapidamente alla debolezza mentale accentuata, ed il periodo in cui gli acquisti ulteriori delle più alte categorie mentali (sentimenti etici, estetici, dignità ecc.) sussistono ancora, ma sono divenuti inefficaci, è brevissimo. Su ciò l'anamnesi e l'esame obbiettivo sono concordi.

Memoria — All'ammissione nel manicomio i malati da me esaminati sono stati sottoposti sempre ad una indagine accurata della me-

Digitized by Google

moria, sia per quanto riguarda i fatti recenti che quelli lontani. Essa si presenta del tutto perduta e profondamente lesa in modo che è impossibile rievocare ordinatamente qualche fatto del passato più o meno remoto, nel massimo numero dei casi. I malati non conoscono le persone ed il luogo in cui si trovano, spesso non sono capaci di dire il loro nome. Solo in quattro casi si osservò una diminuzione più o meno accentuata del potere mnemonico di rievocazione (osserv. I, III, IX, X).

Debbo notare che il modo di comportarsi della rievocazione dei fatti recenti è analogo a quello della rievocazione dei fatti antichi; vale a dire non si ha qui quella difficile rievocazione dei fatti recenti, in confronto alla conservazione dei gruppi mnemonici di data antica, che è propria della senilità; ma la perdita colpisce in massa, per così dire, tutto il capitale della memoria: i ricordi dell'infanzia, le orazioni, i fatti personali e sociali, e spesso anche gli acquisti più profondamente organizzati riguardanti l'attività professionale. Questa a me sembra una nota distintiva clinica della paralisi progressiva dell'età avanzata, cioè la rapida perdita della memoria per i fatti lontani e recenti.

Idee deliranti — Su questo stato fondamentale psichico si svolgono talvolta delle idee deliranti a colorito grandioso ed erotico, o persecutorio. La forma puramente demenziale grave senza alcuna idea delirante, durante tutto il decorso della malattia, si è osservata in dieci casi, così ripartiti a seconda del sesso: ciò che dà una percentuale di 43,47 0[0.

TABELLA VIII.

UOMINI	DONNE
IV V VI VIII XVIII XIX XX XXII	XIV XVI

Le idee di grandezza più o meno vivaci, assurde, sconfinate, infantili, si sono riscontrate solo in tre casi, e sempre in uomini (osserv. III, VII, IX); e sopratutto le osservazioni III e IX ricordano l'andamento della forma classica, nelle quali la dissoluzione mentale non era ancora molto profonda. In esse il contegno del paziente ed il suo stato affettivo corrispondevano al contenuto ideativo; i discorsi vivaci, l'euforia, l'eccitamento facevano ricordare, come ho detto, il quadro della paralisi classica.

Digitized by Google

Negli altri casi si sono avute idee di persecuzione e di grandezza contemporaneamente, così divisi per il sesso:

TABELLA IX.

UOMINI	DONNE
I X XII XIII XXIII	II XV

Le idee di persecuzione isolate si sono osservate nei casi XI e XVII (uomini). Questi deliri appartengono nettamente al delirio senile di persecuzione; le idee deliranti sono quasi esclusivamente di origine primordiale. In tutti questi casi, come anche quelli in cui mancano completamente le idee deliranti, i pazienti, come avviene nel delirio senile di persecuzione, sono spesso agitati da paure, da ansie che li spingono ad atti istintivi di difesa, a fughe e qualche volta al suicidio (osserv. XI). Questi malati hanno presentato in generale una grande diffidenza insieme con un contegno infantile, appercezioni ostili e tendenze aggressive contro coloro che li avvicinavano; e, come i vecchi, hanno presentato variazioni dell'umore, ora apatico, ora per lo più esaltato, qualche volta irritabile. In due soli casi si è avuto un predominio della tonalità fondamentale dell'umore allegro (osserv. II, VII). In tutti i casi poi, i disturbi della sfera sentimentale erano gravi fin dall'inizio del morbo. In generale il paziente, non curante di tutto ciò che lo circonda, dimentico dei doveri sociali e privo di affetti, vive la vita del momento. Ne risulta che frequentemente, nella demenza paralitica dell'età avanzata, i disordini dell'ideazione hanno tutta l'impronta di quelli che si riscontrano nella demenza senile, e come in questa rapidamente si manifesta uno stato demenziale grave, progressivo con dissoluzione completa delle facoltà intellettuali. Merita di essere notata la mancanza nelle mie osservazioni di idee deliranti ipocondriache e nichilistiche che nella demenza senile e nella paralisi progressiva dell'età adulta non sono infrequenti.

Disturbi sensoriali — Nei miei casi sono state poco frequenti le allucinazioni visive, e si ebbero nell'osserv. I, nella XVI e nella XIX: le uditive nell'osserv. XII. Nella X si ebbe un'allucinazione notturna per una sola volta; nella XVII si parla nella storia di allucinazioni frequenti. Esse si sono osservate di notte nell'osserv. I e X; erano zoopsiche nell'osserv. XIX.

Digitized by Google

I disordini allucinatori non hanno avuto una grande influenza nel modificare il tipo del quadro morboso; solo qualche volta erano seguiti da reazione ostile (osserv. XIII) o da un lieve stato di eccitamento (osserv. XVI).

Ho ricercato, nei casi in cui vi sono stati disordini allucinatorii, se e quale influenza vi possa avere esercitato l'abuso di alcool, ed ho trovato che nelle osserv. XVI, XVII e XIX il paziente aveva abusato di copiose libazioni, ed in due di questi casi le allucinazioni sono visive.

Però da quanto è detto nei registri nosografici, non sembra che quì le allucinazioni presentassero i caratteri di quelle che si riscontrano nell'alcoolismo (notturne, mobili, aggressive, microzoopsiche).

Rapporto colla tabe senile — Nell'osserv. XVII la demenza paralitica si è sviluppata all'età di 62 anni, dopo che il paziente soffriva da cinque anni dei sintomi caratteristici della tabe dorsale: essa perciò ci rappresenta un caso di quelli in cui il processo morboso a carico della corteccia si è sovrapposto a quello già esistente nel midollo spinale. Noi sappiamo che nella maggioranza dei casi la tabe sopravviene dai 30 ai 50 anni, e quindi questa mia osservazione rientra nel gruppo della tabe senile illustrata dal Pitres. il quale su 350 osservazioni personali ne trovò 32 in cui la tabe si era realmente iniziata fra i 50 e i 79 anni.

Decorso — L'andamento della malattia è stato in tutti i casi progressivo. Non si è mai osservata una remissione, anche di breve durata, e l'esito finale, la morte, è succeduta, per la massima parte dei casi, al profondo esaurimento dell'organismo, al marasma; in due casi alla setticoemia sviluppata dai decubiti; ed in tre ad un processo di broncopulmonite.

In un'osservazione il paziente trovò la morte in seguito ad attacchi epilettiformi. Una considerazione speciale meritano gli attacchi apoplettiformi ed epilettiformi, che in alcuni casi si sono osservati durante l'andamento del quadro morboso.

Gli attacchi apoplettiformi si sono avuti nelle osserv. XV, XIX e XXII, una sola volta per osservazione: essi non sono stati seguiti da disordini di moto permanenti. Gli attacchi epilettiformi hanno predominato nelle osserv. XII, XIV e XXI; ed in una, la loro frequenza era così solenne da far pensare alla forma epilettica della paralisi progressiva.

Durata — La durata dell'intero processo morboso, nelle mie osservazioni, è molto varia. Mancando l'osserv. XVIII di notizie anamnestiche, essa da questo computo deve essere esclusa; ed allora notasi che, tenuto conto dell'inizio della malattia, fino all'esito, la durata va da un minimo di due mesi ad un massimo di cinque anni però nel maggior numero dei casi essa non oltrepassa i due anni.

La durata media è rappresentata da 20 mesi circa.

Digitized by Google

Anatomia patologica — Le alterazioni riscontrate sono caratteristiche della demenza paralitica; e, come in quella dell' età adulta, non si debbono riconoscere per essenziali le *iperostosi* e le *esostosi* del cranio, trovate nella superficie interna della calotta: tali neoformazioni ossee sono probabilmente l'espressione della diminuzione di pressione per l' atrofia cerebrale (Kraepelin); talvolta gli osteofiti risiedono nella superficie interna della dura (osserv. XVI, XVIII). La dura madre può essere ispessita, aderente alla superficie interna della calotta (osservazioni V, VI, XIV, XVI, XVIII, XXII) in modo da non potersi staccare. In qualche caso nella sua superficie interna è stata constatata la presenza di membranelle aderenti (pachimeningite interna).

Le meningi molli sono sempre opacate ed ispessite, talvolta in modo considerevole, e soprattutto lungo il decorso dei vasi: in un caso le granulazioni del Pacchioni erano fortemente sviluppate con neoformazione di sostanza ossea tra di loro. La pia, edematosa o no, è stata sempre riscontrata aderente alla superficie cerebrale in grado ora più, ora meno diffuso; da aderenze limitatissime e superficiali, si passa per gradi a quelle estese su tutta la superficie del mantello, in modo da dare l' aspetto di una vasta piaga quando si è asportata la pia madre (osserv. XIV, XV).

Il cervello è sempre atrofico; la riduzione è rilevante tanto che il suo peso va da 950 grammi (osserv. VII a 1160 (osserv. XIX) oscillando per lo più tra i 1000-1100 grammi.

Le circonvoluzioni sono ristrette, i solchi per conseguenza più larghi e più profondi. La corteccia è anche essa colpita dal processo atrofico, e ad occhio nudo la sua riduzione di spessore è manifesta, il colorito in qualche caso è decisamente bruno (osserv. VII). I ventricoli appariscono più o meno dilatati, e l' ependima del III e del IV ventricolo isolatamente, o di ambedue nell' istesso caso, presenta numerose granulazioni.

Nei plessi coroidei possono ritrovarsi delle cisti sierose (oss. XVIII). In una sola osservazione (XXII) si è trovata una cisti emorragica nel margine esterno del putamen destro.

Le arterie cerebrali spesso sono colpite da un processo ateromatoso diffuso e grave (XII, XIII, XVIII, XIX, XX, XXII, XXIII).

Alterazioni microscopiche — Per quanto riguarda le alterazioni microscopiche della corteccia cerebrale, debbo ricordare che io ho avuto occasione di esaminare due soli casi; i preparati sono stati fatti in regioni differenti (lobo frontale, lobo occipitale, regioni motorie, a destra ed a sinistra) sia col metodo Weigert-Pall che con quello di Nissl, per mettere in rilievo e le alterazioni delle fibre nervose e quelle degli elementi cellulari. Dall' esame dei miei preparati risulta che la dispo-

Digitized by Google

sizione generale normale della corteccia è stata molto danneggiata; qua e là i vasi sanguigni sono fortemente ripieni di sangue, ed in qualche località esistono piccolissime emorragie: gli spazi perivascolari si presentano ora dilatati ora ripieni di corpuscoli bianchi e rossi. Evidentissime sono le cellule del Marschalko.

Fibre della corteccia — È da rilevarsi la profonda alterazione delle fibre nervose della corteccia. Vi è una riduzione notevole di numero delle fibre radiate, constatabile in ogni regione della corteccia; e le rimanenti fibre non si prolungano tanto entro la sostanza grigia, e si presentano frammentate. In alcune località mancano poi del tutto.

Delle fibre tangenziali mancano quelle che compongono il plesso sopraradiato e le tangenziali propriamente dette; solo nelle regioni motorie vi è un piccolo residuo del reticolo di Exner sotto forma di frammenti delicatissimi, in numero di 3-4, i quali percorrono la parte più superficiale della corteccia, e lungo i solchi si veggono scendere nelle pareti laterali e contornare la profondità del solco istesso. Il plesso interradiato anche esso è sempre ridotto di numero, le sue maglie sono larghe, incomplete, e spesso esso pure manca.

Le fibre di associazione endocorticale di Bechterew e quelle sottocorticali (fibre ad U di Meynert) per lo più mancano del tutto; solo raramente se ne riscontra un accenno.

Alla grave alterazione delle fibre nervose corrisponde quella degli elementi cellulari la quale li colpisce tutti in un grado più o meno accentuato. I corpi cromatici si risolvono in fine granulazioni che danno un aspetto pulverulento alla regione che è tutta in cromatolisi: oppure sono disciolti, e la loro sostanza si diffonde per tutta la cellula, così che il protoplasma apparisce uniformemente colorato in bleu più o meno intensamente, anzi spesso è di un colore pallidissimo.

In alcune cellule è possibile distinguere che la dissoluzione predomina alla periferia (cromatolisi periferica); in altre invece è più manifesta nella parte centrale (cromatolisi centrale o perinucleare). Il corpo cellulare talora apparisce come rigonfiato, ed il nucleo è spinto alla periferia.

In altre cellule la disgregazione dei corpi cromatofili è tanto avanzata che essi sono scomparsi del tutto (acromatosi - Marinesco); il nucleo sembra rigonfiato, e la cellula ha perduto i suoi prolungamenti.

Qua e là si trovano sparse alcune cellule colpite da atrofia semplice o con granulazioni pseudo-pigmentarie giallastre, alle quali il color bleu dà riflessi verdastri. I prolungamenti sono meno numerosi, gli elementi cromatofili sono diminuiti di volume, rarefatti, poco coloriti, (cromatosi senile - Marinesco); il nucleo è di forma irregolare o è scomparso insieme al nucleolo. Alcune cellule sono ridotte all'estremo grado di involuzione (*Zellenschatten*).

Digitized by Google

Le alterazioni suddette sono rilevantissime nei lobi frontali; meno avanzate nei lobi occipitali; come pure nelle regioni motorie (lobo pararolandico), e dove pur tuttavia è ben raro trovare qualche elemento che si possa ritenere del tutto integro.

Nei miei preparati predominano quelle alterazioni alle quali si attribuisce il significato di un processo acuto; qua e là poi si notano le lesioni della involuzione senile (atrofia semplice o con granuli - cromatolisi senile - ecc.).

Le numerose, estese e profonde alterazioni degli elementi cellulari della corteccia, le quali sono proprie di un processo acuto, stanno qui ad indicare la profonda dissoluzione mentale che in poco tempo sorprende l' individuo colpito da paralisi progressiva nella età avanzata, (sopra i 60 anni). L' organo psichico già esaurito dagli anni, come è rivela o dalle lesioni cellulari di carattere cronico, e quindi non in grado di porre qualche resistenza al processo grave invadente, sarebbe rapidamente leso nei suoi elementi specifici, le cui alterazioni presenterebbero perciò un carattere predominantemente acuto, ciò che avrebbe la sua corrispondenza clinica nella rapida e profonda dissoluzione mentale fin dall' inizio della malattia.

CONCLUSIONI

1.ª — La paralisi progressiva nell' età avanzata (dopo il sessantesimo anno) si mantiene sempre più frequente nel sesso maschile (82,60 °/o).

2.ª — Essa è più frequente in coloro che furono o che si trovano nello stato coniugale (stato vedovile, stato matrimoniale 86,95 °/o) e meno frequente nei celibi (13,05 °/o).

3.ª — Nella paralisi progressiva dell' età avanzata può mancare l' infezione celtica pregressa, e allora si trova nei dati anamnestici l' abuso delle sostanze alcooliche unite ad altri momenti etiologici.

4.ª — Nei paralitici progressivi dell'età avanzata l'eredità neuropsicopatica esercita una grande influenza; è stata accertata nelle mie osservazioni il 26,08 °/o (in cinque casi però manca l' anamnesi ed in 12 le notizie in proposito non sono sicure). I segni fisici degenerativi sono stati constatati il 69,16 °/o.

5.ª — Le pupille sono quasi sempre miotiche, non si è mai osservata la midriasi.

La anisocoria si constata in più di metà dei casi 56,52 °/o.

La pigrizia della reazione pupillare alla luce è più frequente (51,23 °/o) della paralisi (34,74 °/o); fatto che ha la sua importanza,

Digitized by Google

perchè la iridoparesi riflessa alla luce è quasi costante nell' età avanzata. In qualche caso è mantenuta normale la reazione luminosa. La reazione accomodativa nelle sue modalità coincide ordinariamente con quella per la luce.

I riflessi rotulei si presentano, in poco più della metà dei casi, esagerati fin all' inizio 52,17 °[o]; nel corso della malattia non vi è alcuna regola.

7.ª — La deviazione della commessura labiale verso un lato si presenta più frequente ed in grado più accentuato che nella paralisi progressiva dell' età adulta. Tale segno ravvicina la paralisi progressiva dell'età avanzata alla demenza senile, della quale sarebbe distintiva secondo A r n a u d la paralisi di un lato della faccia.

8.ª — La deambulazione ricorda quella senile; i piedi vengono poco sollevati dal suolo, i passi sono corti e lenti.

9.ª — Il tremore ha il carattere di quello che si manifesta nella paralisi progressiva dell'età adulta.

10.ª — La paralisi degli sfinteri del retto e della vescica si manifesta molto presto: poco tempo dopo l' inizio - mentre nella paralisi dell' età adulta suole avvenire solo all' ultimo stadio.

11.ª — È caratteristica la profonda dissoluzione psichica che invade subito il paziente fin quasi dall' inizio del morbo. La chiarezza della coscienza è molto offuscata: vi è disorientamento.

È brevissimo il periodo in cui le più alte categorie mentali (sentimenti etici, estetici, dignità ecc.) sussistono ancora, ma sono già divenute inefficaci.

12.ª — La memoria è gravemente lesa fin dall' inizio della malattia, sia per i fatti recenti che per quelli antichi: per lo più anzi essa è perduta del tutto.

13.ª — La forma demenziale pura, senza idee deliranti, predomina su tutte le altre (43,47 °[o]). Segue poi la forma in cui vi sono idee deliranti di persecuzione e di grandezza contemporaneamente: è raro il solo delirio di grandezza analogo a quello della forma classica della paralisi progressiva nell' età adulta. Non si sono mai osservate idee a colorito ipocondriaco e nichilistico. È rarissima la forma apoplettica - Esiste anche la forma post-tabica (tabe senile, P i t r e s) della paralisi progressiva dell'età avanzata.

14.ª — Sono frequenti gli stati di ansia, le paure non motivate, che spingono i malati ad atti di difesa, a fughe, e qualche volta a tentativi di suicidio. I pazienti sono in generale diffidenti, hanno un contegno infantile, sono d' umore variabile.

15.ª — Le allucinazioni sono molto rare, e quando esistono non esercitano alcuna influenza sul contenuto ideativo.

Digitized by Google

16.ª — I disordini disartrici sono solenni fin dal principio.

17.ª — I disordini della scrittura hanno i caratteri proprii della demenza paralitica dell' età adulta in stato avanzato.

18.ª — La tendenza al sonno, anche diurna, è rara.

19.ª — Il decorso è sempre progressivo; non si hanno mai remissioni nella evoluzione morbosa.

20.ª — La durata di tutta la malattia è più breve che nella paralisi progressiva dell' età adulta; in media è di 20 mesi.

21.ª — Le alterazioni anatomo-patologiche sono quelle caratteristiche della paralisi progressiva; però si deve rilevare la diffusa lesione degli elementi nervosi.

Sono frequenti le cellule di Marschalko.

Le fibre endocorticali e quelle di associazione sottocorticale mancano quasi in tutte le località. Le cellule nervose corticali presentano i caratteri di una lesione a decorso rapido. Si constata in quasi tutte una cromatolisi avanzata, con rari segni di alterazioni cellulari croniche (atrofia, rarefazione cromatica, degenerazione pseudo-pigmentaria e grassosa, formazione di vacuoli).

Tali alterazioni corrispondono al quadro clinico di un rapido e profondo disgregamento della personalità fin dall' iniziarsi del processo morboso.

Roma 1903.

Digitized by Google

LETTERATURA

Agostini — I riflessi superficiali e profondi quale mezzo ecc. — *Rivista di Freniatria* 1894.

Agostini — Manuale di psichiatria.

Arnaud — Diagnostique de la paralyse générale. *Congrès des méd. alien. e neurol. de France* 1897.

Bianchi — I riflessi tendinei e specialmente quello del ginocchio. *4.° Congresso di Freniatria* 1883.

Bianchi — La frenosi sensoria e la paralisi progressiva. Vallardi, Milano 1897.

Id. — Genesi e nosografia della paralisi progressiva. *Annali di neurologia*, anno XX, 1902.

Bianchi — Semeiotica delle malattie del sistema nervoso. Appendice al manuale di Eichorst, Vallardi.

Briand — Etude statistique des modific. de la réflectivité dans les differ. period. ecc. *Annales médico-psychol.* 1894 N. 3.

Erlenmeyer — Die Schrift ecc. Stuttgart 1879.

Foville A. — Artic. Paralysie générale. Diction. de médicine et de chirurgie 16 vol. 1878-96.

Garbini — Un caso di sifilide contratto nel periodo iniziale della paralisi progressiva. Messina 1902.

Hirschl — Die Aetiologie der progressiven Paralyse.

Kierman — Citato nelle note di Morselli [vedi questo].

Kraepelin — Psychiatrie. Ein Lehrbuch ecc. Leipzig 1899.

Krafft-Ebing — Lehrbuch der Psychiatrie. Stuttgart 1890.

Leredde — *Semaine médicale* 9 avril 1902.

Id. — „ „ 23 „ 1902.

Marandon de Montyel — Du reflexe patellaire dans la paral. gener. *Annales méd. psych.* 1898 pag. 197.

Marandon de Montyel — Le reflexe cremast. *Archives de phsycol. normale e pathol.* 1894 N. 3.

Marcé — De la valeur des écrits des alienés. Paris, Baillere et Fils 1864.

Morselli — Note alla paralisi progressiva ecc. Trattato di medicina di Charcot, Bouchard e Brissaud. Ediz. italiana. Vol. II. part. III.

Näcke — Die sogenannte Degenerationszeichen bei der progres. Paral. ecc. *Allg. Zeitschrif. für Psych.* Bd 55, H 5.

Pitres — Tabes senile. *Semaine médicale* 9 avril 1902.

Seppilli — *Annali di Neurologia* 1901.

Schüle — Psichiatria clinica. Traduzione italiana di Andriani. Napoli 1890.

Id. — *Zeitschrift für Psych.* Bd. 36 S. 752.

Thiry — De la paralysie générale. Paris 1898.

Weigandt — Psychiatrie. München 1902.

Ziehen — Psychiatrie für Aerzte und Studirende. Berlin 1894.

Digitized by Google

Digitized by Google

MANICOMIO PROVINCIALE DI CATANZARO IN GIRIFALCO
direttore R. PELLEGRINI

Ergoterapia e Psicoterapia

Una teoria psicologica sul trattamento degli alienati con i metodi del lavoro

PER IL DOTTORE
MARCO LEVI BIANCHINI
Aiuto-Direttore

Per varie ragioni, parte delle quali a noi ancora ignote e che sfuggono alla ricerca clinica odierna, le malattie mentali presentano un numero grandissimo di casi nei quali i poteri di tutti gli organi, all'infuori di quello dell'intelligenza, appariscono totalmente conservati e funzionanti.

Tutte le malattie curate nelle altre Cliniche comportano quasi sempre una certa impotenza fisica e muscolare. Sia per la febbre delle tossicosi, o per le lesioni dell'occhio o del polmone o del cuore; sia per i fenomeni diretti o indiretti che la malattia di un apparato provoca su altri apparati a lui connessi per legge di correlazione funzionale, sia per le lesioni chirurgiche, sta il fatto che l'organismo umano diventa incapace del lavoro fisico e viene costretta all'inerzia o temporanea o definitiva.

Tutto il contrario avviene nella massima percentuale delle malatttie mentali. In queste, qualunque sia il disordine fondamentale del ricambio, di un dato organo, o dei centri nervosi stessi, che le originano, si osserva che la lesione più evidente e diretta è quella della funzione specifica cioè dell'intelligenza, mentre le funzioni degli altri organi, specialmente della vita vegetativa e dei sistemi muscolari, rimangono ancor spesso conservate e valide.

Noi ammettiamo naturalmente, ciò sia detto a scanso di equivoci, che l'intelligenza, come funzione specifica della corteccia cerebrale, è sottoposta alle stesse leggi biologiche a cui sono soggette le funzioni degli altri organi e non è che una delle tante manifestazioni dinamiche dell'energia biologica degli esseri organizzati superiori.

Ma non possiamo negare che, in quelle sindromi che noi chiamiamo *psicopatie*, di fronte alla lesione intellettiva, cioè della corteccia, gli altri sistemi funzionali presentano una concomitanza o consofferenza

Digitized by Google

morbosa meno grave che nelle altre malattie: appunto perchè noi rileviamo che nella grandissima maggioranza dei pazzi il ricambio materiale extra cerebrale, per esprimerci grossolanamente, è del tutto florido e persistente.

In questo contrasto appunto: di una lesione molto grave della funzione corticale di fronte ad una conservazione spesso duratura di molte altre funzioni della vita vegetativa e di relazione, sta una delle più salienti caratteristiche delle malattie mentali ed una delle più singolari particolarità di differenziamento con quelle trattate dalle altre cliniche.

Infatti, tolte le *psicosi acute,* le *demenze paralitiche e senili, l' idiozia,* tutte le altre forme (salvo naturalmente certi periodi transitorii o acuti), come le *psicosi periodiche e circolari, l'epilessia, l' isterismo, molte demenze primitive le degenerazioni morali, la frenastenia,* psicosi che costituiscono l' 80 °|$_0$ del numero totale) consentono una capacità di lavoro coerente alla validità della nutrizione, della digestione, delle masse muscolari insomma così detto « stato fisico generale. »

Tale particolarità che a noi sembra molto importante e generale non fu in altri tempi, nè lo è ancora sufficientemente, rilevata e tenuta nel debito conto. Una volta, e non ne siamo molto lontani, i pregiudizi della società e l' ignoranza scientifica sulla funzione della corteccia cerebrale, sulla natura delle sue affezioni e sul trattamento degli alienati, conferivano al psichiatra la veste di un tutelare custode: mai quella del clinico. Il Manicomio era un doloroso asilo, dove la mente ammalata finiva di marasmo, nella totale inattività e nel più squallido abbandono. Nè ciò deve stupire.

In altro campo medico, ma con gli stessi erronei criterî, ancora fino ad oggi e sotto tale aspetto si considerò la tubercolosi.

Si credette che essa fosse inguaribile perchè non la si poteva curare, non pensando che l' uomo non nasce tubercoloso ma diventa. Oggi si sa che per combatterla efficacemente bisogna anzitutto ammaestrare il fisico, condurlo all' optimum di funzionalità fino dall' età giovanile con l' educazione ginnastica e con la vita igienica, per porlo in grado di resistere all' attacco del morbo: oppure bisogna, se pur tardivamente. cercare di trattarlo con questi stessi mezzi (rieducazione fisica e vita igienica) per parare il male più che il quale per sè stesso uccide perchè trova a quest' ora già predisposto il terreno. Si cerca insomma di combatterlo indirettamente, con la « prevenzione » cioè con la riforma dell' organismo giovane: e solo in via accessoria la lesione polmonare per sè stessa, dal momento che ancor oggi nessun rimedio specifico per l' organo leso si è ancora trovato.

Non diversamente accadde ed accade in parte tutt' ora per le psicopatie.

Digitized by Google

Non trovandosi alcun rimedio nel campo chimico ed officinale che potesse agire sulla corteccia cerebrale in modo efficace, si credette che questa non avesse mai più a guarire una volta che fosse caduta ammalata, e si abbandonò la malattia mentale a sè stessa, limitandosi a custodire il pazzo entro quattro mura perchè era divenuto incapace di vita sociale e inabile al suo mestiere, o addirittura antisociale perchè pericoloso a sè o agli altri.

Già negli albori del secolo scorso alienisti illuminati si erano ribellati contro il nefando trattamento dei pazzi, nè è necessario qui rammentare la memorabile riforma del Pinel in Francia nel 1792, seguita e predicata contemporaneamente in Italia dal nostro sommo Chiarugi, nè le generose lotte sostenute dall'Esquirol, dal Conolly, dal Guislain, nè quelle che si combattono tutt'ora dagli alienisti per l'applicazione del *no restraint* e dell'*open door*. Ma ciò non basta nè è tutto.

Che il pazzo sia sciolto e libero nei movimenti ed amorevolmente curato e sorvegliato sta bene.

Ma perchè è pazzo, e perchè di conseguenza l'indirizzo critico della sua intelligenza si è distrutto e reso deficiente, anche i suoi movimenti e le sue azioni non convengono più ad un fine utile e necessario alla conservazione della vita, come è legge naturale: ma essi si risolvono in una serie di « atti » spesso insensati e rudimentarî, spesso pericolosi. Non basta dunque *sorvegliarlo*. È necessario ancora *deviare* i suoi morbosi meccanismi psichici e motori, *ricoordinarli* ad una finalità precisa affinchè per essi la mente, in quanto ciò è ancora possibile, si possa un'altra volta atteggiare secondo le sue normali modalità o per lo meno non possa progredire nella decadenza e finire per dissolversi nel marasma. Si deve quindi *rieducarlo al movimento* ed al *pensiero* e ciò si può ottenere soltanto col *lavoro fisico* e con la *suggestione mentale*.

La legge biologica della finalità degli atti umani è troppo universale perchè abbia bisogno di speciali dimostrazioni, nè occorre perciò dimostrare il suo inverso, che cioè l'abolizione di tale legge è incompatibile con la normalità della vita.

L'*intelligenza umana* normale, nel suo significato più completo ed elevato, è la risultante di una serie ininterrotta di *stati di coscienza* e di *volizioni* dirette a delle finalità determinate, sia prossime sia mediate. I meccanismi di cui essa si serve sono due: *l'idea* e il *lavoro*, i quali, pur sembrando diversissimi tra di loro, si risolvono entrambi, nei loro componenti più elementari, in una serie di *atti motori*: poichè è legge fondamentale di psicologia positiva che *non esiste sorta alcuna di coscienza, sia essa una sensazione, un sentimento, un'idea che non tenda direttamente e per sè stessa a scaricarsi in qualche effetto motore* (Iames).

Digitized by Google

Nei psicopatici esiste una lesione dell' intelligenza, ma questa, all' infuori dei casi più gravi ed inveterati, è compatibile con la presenza e la conservazione di alcuni fenomeni psichici elementarissimi e semplici. Noi diciamo, per dare un esempio, che uno è « ammalato di cuore » non perchè il cuore abbia cessato di funzionare, ma perchè « funziona male » cioè esiste una lesione della funzione normale di esso. Similmente nei psicopatici, esistono sempre, qualunque essi sieno, degli *stati di coscienza* e quindi dei corrispondenti *atti motori*: ma poichè i primi non sono più normali, ma divenuti funzione di una finalità, diciamo così negativa od inadeguata, anche i secondi sono per conseguenza inutili e insufficienti.

In altre parole poichè la caratteristica comune e fondamentale di tutte le psicopatie è la *alterazione della « volizione normale »*, viene in essa a mancare quell'esatto equilibrio fra le « *impulsioni* » e le « *inibizioni* » che sono i due momenti elementari da cui scaturisce l' atto volitivo normale, e così di conseguenza le espressioni motorie loro vengono ad essere minime o massime o deviate, ma sempre anormali e morbose.

D' altra parte è noto, per altra legge psicologica, che *il lavoro sistematizzato e rivolto ad un fine preciso crea l' abitudine.* Avviene cioè che una serie di atti motorî, coordinati e ripetuti verso una identica finalità finiscono per riprodursi con un meccanismo molto più semplice che non quello originario: così che essi vengono a succedersi non più come singoli *atti volitivi deliberativi*, ma come fenomeni di *automatismo psichico*, riducendosi a dei fatti più elementari, cioè *subcoscienti*. Gran parte della nostra vita normale psicomotoria è essa pure costituita dagli atti subcoscienti che compiamo per forza di abitudine.

Dal momento dunque che nei psicopatici l' impulsione normale volontaria è lesa o deviata, mentre esistono integri svariatissimi stati di coscienza e sono quasi sempre del tutto integri i meccanismi motorî, noi cercheremo di agire direttamente su quella, per provocare, se è ancora possibile, il ritorno di uno stato di coscienza e di volizioni normali, o, se ciò non è possibile, agiremo sui meccanismi motorî per indurre e creare uno stato di automatismo psichico o subcosciente, ma, per quanto si può, organizzato armonico ed utile alla vita.

In questo postulato noi crediamo stia il fondamento biologico e psicologico dell' *Ergoterapia* e della *Psicoterapia*, cioè la cura delle psicopatie per mezzo del lavoro muscolare e della rieducazione della volontà con la suggestione mentale. E mi si accetti il primo vocabolo, da me coniato.

Da questo postulato noi possiamo quasi a priori trarre delle indicazioni sulle modalità con cui i due metodi, espressione bigemina

Digitized by Google

di un unico principio, si debbano applicare nelle varie forme di malattia mentale.

Esistono delle affezioni dell' intelligenza (che non sono vere psicosi ma si considerano come tali), in cui si ritiene che la cellula nervosa si sia evoluta nella vita intrafetale con tale deficienza da non essere suscettiva altro che di impressioni e di reazioni assolutamente elementari inferiori e rudimentarie.

Tale è il caso dell' *idiozia*. Esistono delle altre invece, in cui la cellula nervosa, evolutasi normalmente e completamente, ha subito nell'età adulta un gravissimo e spesso precoce processo involutivo, tanto grave, che non solo esso è rilevabile anatomicamente fin dalle prime manifestazioni psicopatologiche, ma è assolutamente irreducibile. Ciò avviene nelle *demenze paralitiche*, *demenze senili* e *demenze da intossicazioni croniche esogene (pellagra, alcool)*. In tutte queste e negli idioti, evidentemente nessun metodo di psicoterapia e di ergoterapia è applicabile nè occorre ulteriormente dimostrarlo. La vita assolutamente vegetativa, la impotenza fisica o la morte rapida del corpo ne sono gli esiti definitivi.

Lo stesso dicasi per il periodo acuto delle *psicosi acute*, che non sono altro che stati di demenza acuta, spesso febbrili e spesso guaribili: e che possono venir trattate con l'ergoterapia solo nel periodo di convalescenza.

In un altro gruppo di psicosi invece abbiamo dei fenomeni diametralmente opposti, cioè nell' *isterismo*, malattia così strana e polimorfa e « sine substantia » che ancora se ne aspetta una definizione esatta. In questa, non solo tutti i meccanismi coscienti sembrano integri, ma si osserva ancora il pervertimento di un ordine affatto superiore di volizioni, manifestantesi con i « capricci », le simulazioni, le false accuse, le convulsioni ecc. Fu detta la « malattia della volontà » per eccellenza. La volontà non è deficiente in quantità nè lesa, ma erronea: non incompleta, ma anzi esuberante; ogni fenomeno interno o esterno provoca delle reazioni volitive non solo immediate ed intense ma prolungate nel tempo ed evolventisi in proporzioni del tutto inadeguate ai loro momenti determinativi. In questa malattia la mente del psichiatra ha tutto il potere di azione, quì la suggestione mentale trova la sua recisa indicazione, e ad essa si unisce pure come efficace ausiliaria ed equilibratrice la cura del lavoro fisico.

Nelle *demenze primitive* invece è vana qualsiasi cura strettamente psichica. La lesione mentale è inguaribile, ma concede una lunga durata della vita. In queste, più che in qualunque altra forma mentale, si accoppiano il più notevole sfacelo della coordinazione logica e la più completa e prolungata validità somatica. Io vorrei anzi chiamare col nome di *eboidismo* quella strana apparenza di ingenuità psichica e di gio-

Digitized by Google

vanilità corporea che si trova in un gran numero di dementi primitivi, in flagrante contrasto con la loro età reale e con la sommersione delle loro psiche. Molti dementi primitivi, vecchi di 60, 70 anni, non ne dimostrano che 50, 60 rispettivamente; molti altri, del tutto lucidi orien tati e composti, sembrano divenuti dei « gros enfants, » dei bamboccioni.

Non parlando naturalmente di quelli nei quali la profonda demenza ha colpito un gran numero di poteri psichici, dobbiamo però osservare che in molti altri, anche profondamente catatonici e negativisti, esistono ancora integri numerosi stati di coscienza. Un catatonico, messo a scrivere, compila una lettera sensata, in cui dice di volor uscire dalla prigione in cui è ingiustamente rinchiuso: un ebefrenico legge il giornale, assimila fatti nuovi: un paranoide ha una memoria ferrea di tutto e di tutti. In molti di questi, forse perchè si trovano ad uno stato iniziale di malattia, si può agire indirizzandoli ad un lavoro semplice e sistematico, distraendoli dalle loro idee deliranti o riducendone il negativismo. In questi l'ergoterapia, come nel seguito del lavoro più ampiamente dimostreremo, dà risultati ottimi.

Egualmente utile e applicabile essa è nei periodi di calma della *frenosi maniaco-depressiva*, nella *epilessia*, nella *frenastenia*, nell' *imbecillità morale*, come ora dimostreremo con i dati statitistici.

***

Fin dal 1886, cioè da 18 anni a questa parte, l'ergoterapia esiste nel Manicomio di Girifalco come metodo fondamentale di terapia degli alienati.

Mi limito però di riportare i dati dell' ultimo decennio, perchè più completi e perchè mi è stato dato di controllarli con tutto rigore.

Negli ultimi dieci anni, 1894-1903, su 100 malati si ebbe un minimo annuale di 39,5, un massimo di 47, con una media di 41, lavoratori. La percentuale media degli usciti sugli entrati fu di 66, con un minimo di 54 e un massimo di 78. La mortalità media fu del 5,5 0[0, con un minimo di 3,8 e un massimo di 7,9 (Tab. I). La media percentuale dei recidivi fu di 23 con un minimo di 17 e un massimo di 36 (Tabella VIII).

La popolazione manicomiale nel 1903 fu di 325 individui, di cui 147 cioè il 47 0[0 *lavoratori*.

Quando si pensa che questa percentuale è calcolata su tutta la popolazione, non esclusi i vecchi immobilizzati dall' età, i ciechi, i cerebroplegici, i pazzi che commisero omicidî e ferimenti gravi, si potrà affermare che essa non è raggiunta, nè seguita da vicino da alcun altro

Digitized by Google

manicomio d'Italia ed è maggiore di più del doppio di un 20 0[0 apocrifo che dovrebbe rappresentare la media percentuale dei pazzi lavoratori sui pazzi ricoverati nel Regno. Se vogliamo infatti fare dei paragoni con le sole cifre ufficiali che portino dei dati sull'argomento, troviamo che su 36.931 pazzi, censiti nei manicomî del Regno, 7441 erano lavoratori (1): ciò che significherebbe che la media era, nel 1898, del 20 0[0 e quindi in ogni caso inferiore di più che la metà della media (41 0[0) da noi riportata. Ma noi possiamo recisamente affermare che quella cifra, che pure è bassissima, è totalmente falsa e di gran lunga superiore al vero. Scorrendo il prospetto III della citata relazione abbiamo potuto verificare che il numero dei lavoratori segnati in alcuni manicomî è inventato di sana pianta e non ha mai esistito.

Dei 204 maschi, 83, cioè il 41 0[0; delle 121 femmine, 64, cioè il 53 0[0 sono trattati col lavoro. Queste ultime presentano il 23 0[0 di lavoratori in più dei maschi. Ne risultano due primi fatti:

I. *Il 47 0[0, cioè quasi la metà della popolazione manicomiale considerata in toto, è suscettibile della cura del lavoro e dei relativi trattamenti.*

II. *Le femmine lavoratrici superano i maschi lavoratori del 23 0[0 cioè stanno ai maschi circa come 5 : 4.*

Tale fatto si spiega facilmente. La donna non solo è più docile del maschio, ma i lavori donneschi sono ancora molto più semplici e manuali. Oltre a questo i generi di lavoro sono molto meno pericolosi e quindi applicabili su più larga scala. Le prime infatti possono lavorare senza istrumenti (lavandaie, sarte, cucitrici, tessitrici) mentre molti sono i mestieri ai quali è assai pericoloso adibire i maschi psicopatici, o si può farlo solo con prudenza e limitatezza (fabbri, falegnami, calzolai, zappatori).

Ancora, nelle donne le impulsioni violenti sono più rare e meno gravi che nel maschio: anzitutto per la minor forza muscolare, poi perchè sono alquanto inferiori per numero (a Girifalco) le epilettiche e le dementi ebefreniche cioè le due forme nelle quali le impulsioni violente sono più frequenti e pericolose.

Le arti ed i mestieri, a cui sono applicati i psicopatici, sono 21, (come si vede dalla Tav. VI) e sono sufficentemente numerosi perchè si possa, con tutto rigore di scelta, fissare il più adatto a seconda del malato o della malattia.

Non tutti i malati possono riprendere il mestiere o l'arte che prima possedevano, sia perchè sarebbe pericoloso il farlo, sia perchè la

(1) Ministero dell'Interno - Sanità Pubblica - Assistenza e cura degli alienati - Relazione a S. E. il Ministro - Roma, Tipografia delle Mantellate, 1899.

Digitized by Google

loro mente più non vi si adatta. Non è tuttavia difficile insegnarne uno diverso e più semplice. Un laureando in legge, ebefrenico, divenne un discreto sarto: un medico chirurgo pure ebefrenico si ridusse a suonatore di trombone; di uno scultore in legno si fece un ottimo sarto, di un furiere di fanteria un abile tipografo, e via dicendo. Noi osserviamo anzi (tav. VII) che il 47 0[0 dei malati maschi lavoratori hanno assunto in manicomio un lavoro diverso da quello che essi compivano in stato di salute. Nelle donne ciò naturalmente non avviene, o in forma e quantità trascurabile: perchè una femmina in generale sa sempre contemporaneamente far di calza, cucire, lavare, ecc. nè si può adibirla ad altri lavori che quelli attinenti al « ménage » famigliare, per ben poco diverso, in un manicomio bene organizzato da quello di un privato. Premessi questi brevi cenni, esaminiamo più da vicino il lavoro in rapporto alle diverse psicopatie (tab. III, IV, V).

Psicosi acute. — Le psicosi acute da collasso, traumi, postinfettive, l'amenza, sono forme mentali che decorrono accompagnate spesso da febbre e quasi sempre da uno stato di acuto decadimento somatico e da disturbi della vita vegetativa.

TABELLA I.

Proporzione tra la popolazione manicomiale ed i lavoratori.
Percentuale degli usciti e della mortalità nel decennio 1894-1903.

Anni	Popolaz. totale	Lavoratori	Percentuale	Entrati	Usciti	Percentuale	Morti	Percentuale
1894	177	70	39,5 °[o	67	52	78 °[o	13	5,3 °[o
1895	190	79	41,5	81	53	65	15	5,8
1896	194	89	45,5	88	71	81	13	4,6
1897	196	96	43,5	68	55	81	11	4,0
1898	224	91	40,5	99	53	54	18	6,0
1899	244	98	40,0	102	56	55	26	7,8
1900	257	107	41,5	107	66	61	28	7,9
1901	293	103	35,5	110	60	55	14	3,8
1902	305	112	36,5	132	87	66	33	7,7
1903	325	147	47,0	112	70	63	24	5,8
Media percentuale del decennio			41 °[o			66 °[°		5,5 °[o

Digitized by Google

TABELLA II.

Proporzione tra la popolazione totale, i sessi, i lavoratori nel' 1903

	Numero	Lavoratori	Percentuale
Maschi	204	83	41 °/o
Femmine	121	64	53 °/o
Popolazione totale	325	147	47 °/o

In queste la cellula nervosa e le fibre corticali presentano delle lesioni profonde, se pur transitorie e ad esse corrispondono le gravi alterazioni psicologiche della personalità, con i sintomi più costanti del disorientamento, della confusione, dello stupore, della sitofobia, del delirio vago, della agitazione motoria e via dicendo. Durante tale periodo la cura deve essere dell' assoluto riposo a letto, della nutrizione compensativa o artificiale, dei rimedi interni, e corrisponde per gran parte a quei metodi che sono abitualmente adoperati nella Clinica medica. La ragione sta appunto nel fatto che alle alterazioni della corteccia cerebrale si accompagna uno stato generale di lesione acuta, (tossiemia, febbre).

Digitized by Google

TABELLA III.

Proporzione tra le forme cliniche totali ed i lavoratori

FORME CLINICHE	Numero totale	Non lavorano	Lavorano	Percentuale
Psicosi acute (da infezioni, esaurimento, trauma, amenza)	3	3	—	0 %
Psicosi alcoolica . . .	4	2	2	50 %
Psicosi pellagrosa? . .	3	—	3	100 %
Cretinismo	—	—	—	—
Demenza primitiva — Ebefrenica	59	45	14	24 %
Demenza primitiva — Catatonica	2	2	—	0 %
Demenza primitiva — Paranoide	28	8	20	71 %
Demenza primitiva (totale)	89	55	34	38 %
Demenza paralitica . .	8	8	—	0 %
Demenza senile (encefalomalacica, melanconia senile) .	15	11	4	27 %
Psicosi maniaco-depressiva .	45	18	27	60 %
Psicosi epilettica . . .	58	26	32	56 %
Psicosi isterica . . .	6	1	5	83 %
Stati ossessionali . . .	1	1	—	0 %
Imbecillità morale . . .	5	3	2	40 %
Frenastenia (imbecillità) .	41	9	32	78 %
Idiozia	11	11	—	0 %
Stati maniaci e depressivi .	8	4	4	50 %
Stati di demenza . . .	28	26	2	6 %
Totale	325	178	147	47 %

Passato il periodo febbrile ed iniziata la convalescenza, si può poco per volta rieducare il malato alla vita in comune ed al lavoro. Non bisogna però aver fretta: nè alzarlo da letto se non quando si è del tutto ricomposto nel contegno, mangia da solo ed ha ripreso una certa coscienza dell' *Io individuale e sociale.*

Digitized by Google

TABELLA IV.

Maschi. Proporzione tra le forme cliniche ed i lavoratori

FORME CLINICHE	Numero	Non lavorano	Lavorano	Percentuale
Psicosi acute (da infezioni, esaurimenti, traumi, amenza)	2	2	—	0 °/o
Psicosi alcoolica	4	2	2	50 °/o
Psicosi pellagrosa	3	—	3	100 °/o
Cretinismo	—	—	—	—
Demenza primitiva: Ebefrenica	40	32	8	20 °/o
Demenza primitiva: Catatonica	1	1	—	0 °/o
Demenza primitiva: Paranoide	20	6	14	70 °/o
Demenza primitiva (totale)	61	39	22	36 °/o
Demenza paralitica	4	4	—	0 °/o
Demenza senile (encefalomalacica, melanconia senile)	4	4	—	0 °/o
Psicosi maniaco-depressiva	17	9	8	46 °/o
Psicosi epilettica	41	21	20	50 °/o
Psicosi isterica	—	—	—	—
Stati ossessionali	1	1	—	0 °/o
Imbecillità morale	2	1	1	50 °/o
Frenastenia (imbecillità)	28	5	23	82 °/o
Idiozia	4	4	—	0 °/o
Stati maniaci e depressivi	5	3	2	40 °/o
Stati demenziali	28	26	2	6 °/o
Totale	204	121	83	41 °/o

Il lavoro naturalmente non deve essere nè pesante nè difficile. È opportuno perciò da principio condurre le donne nella sala di lavoro e lasciarle tranquille e sedute, poi incominciare a dar loro qualche facile lavoro di cucito. Gli uomini si possono mandare in giardino o in campagna insieme ai contadini, lasciarli per delle ore all' aria aperta, seduti e sorvegliati. Poco per volta il lavoro viene consegnato ed aumentato.

Digitized by Google

L' ergoterapia in questi casi abbrevia notevolmente il periodo di convalescenza ed agisce in modo eccezionalmente favorevole sul ricambio materiale e sulla riorganizzazione della psiche.

La percentuale della nostra statistica si riferisce a tre casi in periodo iniziale ed è solo perciò negativa.

TABELLA V.

Femmine. Proporzione tra le forme cliniche e le lavoratrici

FORME CLINICHE	Numero	Non lavorano	Lavorano	Percentuale
Psicosi acute (da infezioni, esaurimento, traumi, amenza)	1	1	—	0 °/₀
Psicosi alcoolica	—	—	—	—
Psicosi pellagrosa	—	—	—	—
Cretinismo	—	—	—	—
Demenza primitiva — Ebefrenica	19	13	6	32 °/₀
Demenza primitiva — Catatonica	1	1	—	0 °/₀
Demenza primitiva — Paranoide	8	2	6	75 °/₀
Demenza primitiva (totale)	28	16	12	43 °/₀
Demenza paralitica	4	4	—	0 °/₀
Demenza senile (encefalomalacica, melanconia senile)	11	7	4	36 °/₀
Psicosi maniaco-depressiva	28	9	19	68 °/₀
Psicosi epilettica	17	5	12	70 °/₀
Psicosi isterica	6	1	5	83 °/₀
Stati ossessionali	—	—	—	—
Imbecillità morale	3	2	1	33 °/₀
Frenastenia (imbecillità)	13	4	9	61 °/₀
Idiozia	7	7	—	0 °/₀
Stati maniaci e depressivi	3	1	2	66 °/₀
Totale	121	57	64	53 °/₀

Digitized by Google

Psicosi da intossicazione esogena e tiroidea. Nel manicomio di Girifalco, e per conseguenza nelle Calabrie, non esistono il *cretinismo*, il *morfinismo*, il *cocainismo*. Pure l' *alcoolismo* e la *pellagra* sono estremamente rari. I tre casi di pellagra da noi esistenti sono molto antichi

TABELLA VI.

Distribuzione del lavoro

	ARTE O MESTIERE	Maschi	Femmine	Totale
1	Sarti e sarte	14	7	21
2	Giardinieri, ortolani, contadini. . .	19	—	19
3	Manutenzione locali	12	4	16
4	Muratori e manovali.	12	—	12
5	Minatori	2	—	2
6	Musicanti (istrumenti a fiato e a corda).	10	—	10
7	Fabbri ferrai	2	—	2
8	Falegnami	2	—	2
9	Calzolai	3	—	3
10	Lattonai	1	—	1
11	Camerieri e cameriere	2	2	4
12	Cuochi e fornaie	2	2	4
13	Scrivani	1	—	1
14	Tipografi e legatori di libri . . .	1	—	1
15	Cucitrici	—	6	6
16	Calzettaie	—	10	10
17	Tessitrici e filatrici , ...	—	6	6
18	Stiratrici	—	2	2
19	Rammendatrici	—	5	5
20	Lavandaie e cultura bachi da seta . .	—	18	18
21	Ricamatrici.	—	2	2
	Totale.	83	64	147

Digitized by Google

TABELLA VII.

Maschi lavoratori che conservarono o mutarono l'arte e la professione

Lavoratori	Conservarono il mestiere	Mutarono il mestiere	Percentuale di quelli che mutarono mestiere sul totale dei lavoratori
83	44	39	47 °/₀

TABELLA VIII.

Proporzione tra gli entrati, usciti, recidivi nel decennio 1894-1903

Anno	Entrati	Usciti	Percentuale	Recidivi	Percentuale
1894	61	52	78 °/₀	22	36 °/₀
1895	81	53	65 °/₀	18	22 °/₀
1896	88	71	81 °/₀	27	30 °/₀
1897	68	55	81 °/₀	15	22 °/₀
1898	99	53	54 °/₀	24	24 °/₀
1899	102	56	55 °/₀	18	17 °/₀
1900	107	66	61 °/₀	16	15 °/₀
1901	110	60	55 °/₀	20	18 °/₀
1902	132	87	66 °/₀	26	20 °/₀
1903	112	70	63 °/₀	34	30 °/₀
Medie percentuali annuali.			66 °/₀		23 °/₀
Differenza tra la media percentuale dei dimessi e la media percentuale annuale dei recidivi 66 — 23				= 43	
Media percentuale dei lavoratori (Tab. I)				= 41	

Digitized by Google

e si riferiscono a individui di bassissima intelligenza che presentarono lievi fatti di amenza (pellagrosa ?) finiti in guarigione. Però dal 1895 in poi non entrò alcun caso di pellagra nel nostro manicomio che è l'unico esistente nelle Calabrie. Prescindendo da ciò, le psicosi da pellagra sono appunto delle forme di amenza e rientrano quindi, rispetto ai metodi di cura, nel quadro delle psicosi acute.

Dell' alcoolismo pure sono guaribili e curabili, con le norme delle psicosi acute, gli stati di *delirio sensoriale alcoolico, di delirium tremens e di pseudoparalisi alcoolica. L' alcoolismo cronico* non è suscettibile di cura col lavoro, sia per lo stato di astenia fisica sia per lo stato di profonda demenza che si costituisce come esito definitivo. Sono invece bene curabili col lavoro quei casi di *psicosi alcoolica* che si manifestano con i *transitori deliri di gelosia.* Ciò spiega la cifra del 50 0[0 della nostra statistica: e dei nostri due alcoolisti uno è fabbro ferraio, l'altro calzolaio.

Demenza primitiva. Nella casta numerosa e polimorfa dei *dementi ebefrenici* non se ne trovano certamente due che presentino gli stessi sintomi e nello stesso grado. Dalle più profonde stereotipie motorie, accompagnate da totale abulia, da sommersione del linguaggio e dalla più profonda inerzia motoria, si arriva fino a quelle forme che il Kahlbaum chiamò *eboidofreniche* (1) e che recentemente furono bene illustrate dal Diem col nome di « *forma di demenza semplice* » (2) della demenza primitiva. In queste non si osserva nessun sintoma somatico: vi è una singolare lucidità di percezione, la memoria è conservata, così pura la facoltà di assimilazione. La demenza è costituita da uno stato di assoluto indifferentismo, da una scomparsa totale dell' affettività; solo raramente da atti impulsivi. Mentre naturalmente nelle prime forme accennate è difficilmente applicabile il lavoro, esso lo è invece meglio in queste seconde. E lo si può pure applicare in molte forme miste, *ebefrenico-catatoniche* dove lo stato di catalessia muscolare non è permanente, ma può essere artificialmente o spontaneamente sospeso per varie ore nella giornata. In tali ammalati però, facilmente esauribili, è opportuno indicare un lavoro breve e non faticoso, e noi crediamo la musica come uno dei migliori. Dei 10 componenti la nostra orchestra 3 sono ebefrenico-catatonici genuini, due sono eboidofrenici. Nella nostra statistica il 24 0[0 degli ebefrenici lavorano, con una lieve differenza in più nelle donne in confronto degli uomini.

---

(1) Kahlbaum — Ueber Heboidophrenie - *Allg. Zeitschr. f. Psych* 46 Bd 1889

(2) Diem — Die einfach demente Form der Dementia praecox (Dementia simplex) - *Archiv für Psychiatrie* 37 Bd. 1903 1 Heft. p. 111-187.

Digitized by Google

La demenza catatonica assoluta è molto più rara, ma irreducibile al lavoro, dal momento che il più completo negativismo muscoiare ne costituisce l'essenza morbosa.

Nei dementi paranoidi invece il lavoro si applica con successo e in una percentuale assai elevata. Questi ammalati sono alcune volte facilmente suggestionabili. Il loro delirio, per quanto assurdo sia, coesiste però insieme ad un gran numero di associazioni coscienti e di giudizi complessi ed esatti. È facile penetrare nell'orbita delle loro concezioni ed assecondarle e col mezzo di queste stesse indurli al lavoro. Si aggiunga che, all'infuori dei periodi iniziali e di rare eccezioni, il paranoide è in genere inoffensivo, tranquillo, spesso anzi estremamente corretto nel contegno e lucido nelle percezioni.

Il 71 0[0 dei nostri paranoidi, sì maschi che femmine in pressochè uguali proporzioni, sono lavoratori, e quasi tutti sarti o sarte. Soltanto i *persecutori* ed i *persecutivi-querulanti* sono inapplicabili al lavoro; sia per l'eccessiva ingerenza del delirio, sia per un senso di « orgoglio » e di « negativismo intellettuale » per così dire, del tutto strani e speciali.

I dementi paralitici danno il 0 0[0 di lavoratori, ed abbiamo già accennato alle ragioni, facili e chiare per sè stesse: *profonda disorganizzazione mentale e invalidità fisica immediata o assai rapida.*

Anche i *dementi senili* veri danno il 0 0[0: l'inabilità al lavoro sta nella « *senectus ipsa* » e nella demenza. La percentuale di 36 che troviamo nelle donne va attribuita ad alcuni casi di *melanconia involutiva* in un periodo di sosta e in soggetti nei quali la decadenza mentale precorse di gran lunga quella del fisico, conservatosi relativamente valido

La psicosi maniaco-depressiva dà il 60 0[0 di lavoratori con una eccedenza del 22 0[0 delle femmine sui maschi. Le forme suscettibili di cura col lavoro sono più le *periodiche* che le *circolari* e più quelle a tipo *espansivo* che a tipo *depressivo*, e ciò per la natura stessa dei meccanismi morbosi. Dobbiamo ancora rilevare che molti « periodici », da noi trattati con l'ergoterapia, dopo un primo soggiorno nel manicomio, non fecero mai più ritorno. I malati di frenosi maniaco-depressiva, come alcuni alcoolisti, possono facilmente essere rimessi nel genere di lavoro che professavano *ante morbum* e ciò perchè in questi casi la malattia non è una demenza e non lascia quindi alcuna distruzione della memoria o della volontà e non presenta che raramente (suicidio nei melanconici ecc.) impulsioni pericolose.

L'epilessia, così frequente in Calabria e che dà nel nostro manicomio la percentuale più elevata (18 0[0) di quella esistente negli altri manicomi d'Italia, viene da noi ampiamente trattata con i metodi del lavoro. È questo certamente un risultato straordinario e tale che, a malgrado della loro spiccata impulsività (aggravata dal carattere fon-

Digitized by Google

damentale impulsivo di tutta la razza calabrese) i nostri epilettici non sono per nulla più pericolosi di quelli del Nord e si adattano con tutta facilità ad una serie di lavori utili e leggieri. Molti psichiatri ancor oggi hanno un certo terrore degli epilettici. L'idea che l'epilettico è impulsivo, che, per la natura dell'affezione, qualunque oggetto che egli tenga in mano può da un momento all'altro convertirsi in un istrumento di morte, idea vera senza dubbio, fa considerar loro contrario a qualsiasi precetto di terapia manicomiale il lavoro degli epilettici. È questo un errore. Basteranno poche obbiezioni a dimostrarlo. Anzitutto, anche lasciato nella totale inerzia e sorvegliato con tutta cura, l'epilettico viene côlto dall'accesso quasi sempre prima che l'infermiere possa accorrere in soccorso. Ciò è tanto vero che in tutti i manicomi, anche dove gli epilettici non lavorano, un gran numero di questi presentano sul capo e sul corpo le cicatrici delle ferite che si sono prodotte cadendo a terra. Secondariamente, non tutti gli epilettici sono impulsivi nè gli accessi compariscono ogni giorno. Ci sono gli epilettici motorî semplici che hanno un accesso ogni 8-10 giorni, ci sono gli epilettici ad aura psichica nei quali l'accesso viene avvertito tanto tempo prima quanto è più che sufficiente per prendere i provvedimenti necessari; ci sono infine degli epilettici che hanno gli accessi ogni tanti mesi. Quando il psichiatra li conosca bene, sappia quale carattere cronologico abbiano i periodi accessuali di ogni singolo epilettico, io credo che nelle lacune di totale benessere fisico ed esclusi gli epilettici impulsivi più gravi, nessuna indicazione, che non sia di esagerata prudenza, può opporsi all'applicazione ad essi del lavoro. Non solo, ma il lavoro li distrae, evita la comunione a questi esseri spesso così misantropi, collegantisi solo fra di loro per complottare contro i medici o contro i colleghi di sventura, irritati dall'ozio padre di tutti i vizi e di tutte le convulsioni.

Naturalmente il lavoro non deve esser grave, nè con ordegni pericolosi, nè gli epilettici devono esser lasciati soli. Ma, come avviene tra noi, vengono messi in sartoria a cucire i vestiti, vengono aggiunti agli infermieri nella pulizia dei locali, vengono messi in sala di lavoro o in giardino insieme e sotto la sorveglianza degli infermieri ortolani. Su 58 epilettici che esistono nel manicomio di Girifalco, 32, cioè il 56 0[0, lavorano nè da noi più che negli altri manicomi abbiamo a deplorare quelle piccole ferite o inconvenienti che si verificano nei malati di tal genere, qualunque siano la rigorosa e spesso inutile sorveglianza ed inattività a cui vengono sottoposti

Psicosi isterica — Basterebbe citare la definizione di Babinski che « l'isteria è uno stato psichico che rende il soggetto capace di autosuggestionarsi di essere suggestionato e di essere guarito sotto

Digitized by Google

l' influenza esclusiva della persuasione » (1) per spiegare a sufficienza l' applicazione della ergoterapia e della psicoterapia in questa forma mentale. Credo soltanto di poter affermare che, esclusi i metodi poco raccomandabili dell' ipnotizzazione, la suggestione mentale, pur essendo la prima indicata, non può agire efficacemente se ad essa non è collegato il lavoro. L' 83 0[0 delle nostre isteriche lavorano. All' infuori di qualche caso di grave psicosi isterica, con stati di agitazione e di delirio, tutte le ammalate di isteria sono uscite definitivamente guarite.

Gli stati ossessionali non sono suscettibili di cura del lavoro nè di cura mentale: almeno in quei rari casi che abbiamo trattato e osservato.

L' *imbecillità morale* dà il 40 0[0 di lavoratori. Tale forma, forse congenita, è una frenastenia sui generis. Pur essendo sviluppati tutti i poteri percettivi e di sintesi volontaria, manca però quel criterio superiore e quell' ordine di volizioni che determina la coscienza dei propri doveri e la necessità del lavoro. Alcuni pazienti giovani, minacciati di perpetua clausura o rimproverati, si riducono a lavorare; altri sono per tutta la loro vita tetragoni a qualsiasi stimolo. Altri pazzi morali, finita una carriera di indisciplina e di sregolatezza, vengono rinchiusi per gli ultimi loro anni nel manicomio dove, più che altrove forse, l' inazione ed il gratuito mantenimento rappresentano il raggiungimento di quell' ideale che non poterono mai prima d' allora conseguire e che compensa loro, più che ad usura, la perduta libertà

I *frenastenici* invece sono assai suscettivi di lavoro: la nostra statistica dà il 78 0[0 con una lieve preponderanza dei maschi sulle femmine. Nei frenastenici, quali noi li intendiamo, si può dire che la vita psichica si sia arrestata alla soglia dell' adolescenza. Se la vita percettiva si è svolta regolarmente, essa non potè raggiungere gli altipiani più elevati della volontà, della critica, dell' affettività. Scarsi sono gli impulsi morali e affettivi; non rare invece le esplosioni motorie di grida, di blande autosevizie o di ribellione inoffensiva.

I frenastenici però sono fino a un certo punto suscettivi di educazione; basti citare gli istituti specialmente a ciò deputati e che dovrebbero in Italia sorgere ben più numerosi ed organizzati di quello che oggi non sono. Molti dei nostri frenastenici cresciuti in manicomio sono divenuti sarti, camerieri, manovali, molte delle femmine sono lavandaie cameriere, cucitrici.

Gli *idioti* non sono adattabili al lavoro. La cellula nervosa, che forse subì una lesione fino dalla sua vita intrafetale, è affatto incapace di evolversi mentalmente. La vita psichica dell' idiota è affatto rudi-

(1) in Charpentier — Derniéres conceptions et definitions de l' Hystérie — *Archives de neurologie*, 1903.

Digitized by Google

mentale, inferiore a quella degli animali più intelligenti e ridotta agli istinti ed agli appetiti inferiori.

Abbiamo raccolto in fine un certo contingente di *stati maniaci e depressivi e di stati di demenza.* Abbiamo riunito in questi termini certi casi in cui la diagnosi era dubbia o difficilmente rilevabile per mancanza di anamnesi. Così ad esempio certi individui dai 14 ai 20 anni, ammessi per la prima volta, presentano degli stati maniaci o depressivi che lasciano molto incerti sulla diagnosi esatta e dei quali assolutamente non si può affermare se si evolveranno come forme di ebefrenia o di frenosi maniaco-depressiva. Così pure ho trovato molti vecchi dementi, mandati qui dal manicomio di Aversa fin dal 1881 e dei quali, a voler essere scientificamente corretti e rigorosi, non si può dir altro che si trovano in « stato di demenza ».

***

Finita così la statistica del lavoro applicato alle varie forme di psicosi, vogliamo ora trattare alcuni rapporti in cui l' *ergoterapia* si trova di fronte alla *tecnica manicomiale*, al *bilancio sanitario* di un *manicomio* e in via secondaria al suo *bilancio economico*: ed insistiamo nel dire in via secondaria rispetto a quest' ultimo per delle ragioni che esporremo più innanzi.

Per ciò che riguarda i criteri di *tecnica manicomiale*: i dati da noi esposti sul metodo dell' ergoterapia dimostrano un primo assioma, che, cioè, *ogni manicomio deve essere fornito di una colonia agricola, o almeno di un vasto terreno coltivabile immediatamente contiguo e di officine per arti e mestieri.*

Non è possibile oggi ammettere l' esistenza di un manicomio, come purtroppo molti esistono ancora in Italia, affollato di molte centinaia di individui e fornito solo di alcuni cortili: esso si avvicina al carcere, e di questo ha tutto l' aspetto e tutte le nefaste conseguenze rispetto al trattamento dei pazzi. A meno che non si accetti l' esistenza autonoma di un « *Ospedale delle malattie mentali* », che accolga i casi acuti e rappresenti un grande ed unico *comparto di osservazione*: ma anche in questo caso si dovrà contemporaneamente riconoscere necessaria l' esistenza di uno o più altri « *Ospedali di cronici* », dove a maggior ragione si dovrà trovare il terreno coltivato e l' ubicazione in un paese di campagna. Noi crediamo anzi che questo metodo sarebbe il preferibile in quelle provincie dove il numero dei pazzi supera i 500. Gli enormi affollamenti di 1000, 2000 e più alienati in uno stesso stabilimento rendono materialmente impossibile l' esatta conoscenza di ogni singolo

Digitized by Google

ammalato, tanto necessaria per indicarne la cura più adeguata e per conoscerne le attitudini morbose e di lavoro. Quando si pensa poi che oltre a ciò, il personale sanitario dei nostri manicomî è per numero deficientissimo, che molti dei più grandi manicomî sono dei fabbricati antichi e infelici, si converrà facilmente col criterio di molti alienisti tedeschi che vorrebbero ridotta a 500 o a 300 la cifra massima della popolazione manicomiale.

TABELLA IX.

Statistica della mortalità nel sessennio 1892-97 in sedici manicomi d'Italia

	MANICOMIO	Percentuale della mortalità
	Girifalco (media del decennio 1894-903) . . .	5,50 °/₀
	id. (media del sessennio 1892-97) . . .	5,80 °/₀
1	Palermo	6,20 °/₀
2	S. Servilio (Venezia)	6,88 °/₀
3	Bergamo.	7,11 °/₀
4	S. Clemente (Venezia)	7,72 °/₀
5	Racconigi (Cuneo).	8,60 °/₀
6	S. Maria della Pietà (Roma)	8,68 °/₀
7	Mombello (Milano)	8,84 °/₀
8	Genova	8,88 °/₀
9	Firenze	9,82 °/₀
10	Voghera (Pavia)	10,01 °/₀
11	Brescia	10,29 °/₀
12	Novara	11,86 °/₀
13	Reggio Emilia	12 — °/₀
14	Imola (S. Maria della Scaletta)	12,49 °/₀
15	Ferrara	12,60 °/₀
16	Verona	15,59 °/₀

Digitized by Google

Oltre ai vantaggi offerti da un manicomio di campagna e alla benefica azione sulla vita igienica dei malati, ottenuta con l' ergoterapia, questa, meglio di qualunque altro dottrinario e teorico precetto, *riduce al minimo grado l' impiego dei mezzi di coercizione.*

Nessun psicopatico esiste nel nostro manicomio assicurato nel letto. Cinque uomini e quattro donne cioè il 2,5 0[0, portano alzati, durante la giornata, un corpetto di tela floscia, tessuta nel manicomio stesso: e sono quei laceratori e quelle impulsive, per i quali l' assoluta libertà rappresenterebbe un danno a sè e un pericolo agli altri e la reclusione in cella un provvedimento inutile e inadeguato. Tali cifre ci dispensano da ogni commento.

Anche l' applicazione dell' *open door* è razionalmente favorita dall' ergoterapia. Un continuo muro di cinta fatto per gli estranei e non per i pazzi, chiude il manicomio, comprendendo nella sua cerchia un estensione di 60,000 metri quadrati. In questi, tutti i lavoratori e gli ammalati, che non sono costretti a letto da malattia intercorrente o da fatti paretici, possono liberamente circolare, passeggiare, arrampicarsi sulle piante da frutto, correre per i pendii. Si può obiettare che questo non è l' *open door* assoluto: ed è vero: ma dobbiamo osservare che lo stato di ritardo antropologico e sociale della razza calabrese è tale che le impulsioni e le violenze personali sono, anche nei pazzi, frequenti, ed è difficile trattare questi alla stregua di quelle popolazioni più evolute, dove, per la maggiore docilità del carattere individuale, i pazzi possono uscire ed entrare liberamente dal manicomio senza pericolo.

Per la stessa benefica azione dell'*open door*, anche come è da noi applicato, basta appena accennarlo i malati agitati sono ridotti al minimo per numero e per gravità.

La grande azione che l' ergoterapia esercita sul *bilancio sanitario generale* della popolazione di un manicomio si rivela sopratutto dall' esame di tre fattori: *la mortalità, le dimissioni, le recidive.*

TABELLA X.

Confronto tra la media percentuale annuale usciti, recidivi, guariti definitivamente nei Manicomi di Ferrara e di Girifalco

MANICOMIO	Media percentuale usciti	Media percentuale recidivi	Media p roentuale guariti	Differenza percentuale in piu dei guariti
Girifalco (si applica l'Ergoterapia)	66	23	43	+32,4 °[o
Ferrara (non si applica l'Ergoter.) (Vedi nota in fine del lavoro)	64, 5	35, 9	28, 6	

Digitized by Google

La media percentuale della mortalità nel Manicomio di Girifalco, durante il decennio 1894-1903 fu di 5,5 con un minimo di 3,8 e un massimo di 7,9. Questa media è la più bassa di qualunque altro manicomio ed infinitamente più bassa di quella di molti altri che passano giustamente per i meglio organizzati e diretti. Basta fare un breve confronto delle cifre esposte nella tabella IX e che riporto da un lavoro del Pellegrini (1) e del D'Ormea (2).

Noi affermiamo che oltre ai fattori climatici, geologici, e di ambiente igienico, il metodo del lavoro ha una diretta e preponderante relazione con la bassa mortalità dell'Istituto. Se il nostro manicomio infatti si trova nelle migliori condizioni igieniche perchè posto su un colle, bene soleggiato e aereato e in un clima caldo, anche molti altri manicomî d'Italia, come quello di Lucca, di Perugia, di Bergamo si trovano nelle stesse condizioni ora accennate; eppure in questi la mortalità è senza paragone più elevata, mentre contemporaneamente i metodi di lavoro sono applicati su una scala assai ristretta.

La coincidenza della minima cifra della mortalità e della massima cifra dei lavoratori, che solo a Girifalco mi è dato di verificare, è troppo suggestiva perchè io non mi creda autorizzato di metterle tra di loro in stretta connessione di causa e di fattore: ed ammettere che *quanto più alta è la percentuale dei lavoratori in un manicomio, tanto più bassa è la percentuale della mortalità.*

Qualunque sia il genere del lavoro, è assiomatico il fatto che esso determina l'*optimum* dell'equilibrio nelle funzioni del ricambio, affretta la guarigione di una psicosi acuta e preserva un gran numero di dementi dall'inerzia e dall'allettamento. Dei nostri 325 malati, i 204 uomini sono tutti in piedi; nessuno esiste nell'infermeria, e nell'inverno solo tre o quattro, ottuagenarî o paralitici in stadio terminale, si affidano al letto. Delle 121 donne sono allettate soltanto 6 o per vecchiaia o perchè idiote e sudicie. Per la stessa ragione pochi sono i sudici e pochi gli agitati.

Così le annuali dimissioni arrivano al nostro Istituto alla media elevatissima del 66 0[0, mentre la media percentuale dei recidivi è del 23 0[0 (Tab. VIII). Ciò significa che, su 100 ammalati ammessi, 66 vengono dimessi e 43 non ritornano mai più, cioè si debbono considerare totalmente e definitivamente guariti. Non abbiamo dati per confrontare tali cifre, che noi crediamo superiori a tutti i manicomî d'Italia, con

(1) Pellegrini — Il Manicomio di Girifalco - Bergamo - Officine dell'Istituto Italiano d'Arti Grafiche. 1901.

(2) D'Ormea — La pazzia nella provincia di Ferrara - *Giornale di Psichiatria clinica e Tecnica manicomiale.* Fasc. II, III - 1903 - p. 253-283.

Digitized by Google

quelle nei manicomi stessi, ci limitiamo perciò di riportare un solo paragone che ci è possibile fare in base ad alcune cifre riportate nel lavoro già citato del D' O r m e a. Secondo questo A. la media dei dimessi fu, nel decennio 1892-1901. al Manicomio di Ferrara, del 64,5 0[0, e quella dei recidivi del 35,9 0[0 (nel quinquiennio 1897-1901) cioè su 100 ammessi, 64.5 furono dimessi, ma di questi soltanto 28,6 guarirono per mai più ritornare. La nostra cifra dunque, delle guarigioni definitive è superiore di 14,4 cioè del 32, 4 0[0 a quella del manicomio di Ferrara, che è considerato uno dei migliori in Italia, e dimostra che *con l' ergoterapia elevata a sistema di cura, il 43 0[0 delle psicosi trattate in un manicomio hanno un esito definitivo in guarigione* (Tab. X).

Se ora noi, riferendoci al periodo di un decennio, confrontiamo la cifra di 43, che rappresenta la differenza tra la media percentuale annuale dei dimessi (66) e la media percentuale annuale dei recidivi (23) con la cifra di 41, che rappresenta la media percentuale annuale dei lavoratori, possiamo ricavare una formula del tutto empirica, ma che ci permette di fissare con sufficiente precisione l' influenza dell' ergoterapia sull' esito delle psicosi e potremo dire:

Nei manicomi dove l' ergoterapia costituisce il primo fondamento di cura, la cifra percentuale dei malati lavoratori corrisponde pressochè esattamente alla cifra percentuale delle guarigioni definitive: mentre nello stesso tempo diventano minime le cifre percentuali della mortalità e delle recidive.

Vogliamo da ultimo accennare anche ai notevoli vantaggi che essa esercita sul *bilancio economico* del manicomio. Tale aspetto economico però, come dicemmo, deve avere un' importanza grande sì, ma secondaria rispetto al criterio fondamentale ed esclusivamente clinico che sta a base dell' applicazione dell' ergoterapia.

Il medico alienista deve ritenere come postulato fondamentale che: *l' applicazione dei psicopatici al lavoro fisico ha per sola e immediata finalità la cura della mente ammalata, la abolizione dei mezzi coercitivi ed il benessere somatico dei psicopatici cronici.*

Il lavoro deve quindi venir applicato con metodi blandi; il malato ribelle esservi adattato progressivamente, con pazienza e con fermezza ma mai con violenza; il lavoro non sarà mai faticoso, ed il riposo e la nutrizione conceduti senza restrizione. Mai il psichiatra si deve ritenere autorizzato a sfruttare il lavoro dei malati: se un vantaggio economico ne deriva alla Amministrazione dell' Istituto, esso deve essere il « *surplus* » felice di un' opera curativa, non il risultato diretto di una speculazione organizzata.

Il fatto stesso che i malati lavorano nell' ambito e con i mezzi del manicomio, porta di naturale conseguenza che il vantaggio va a favore

Digitized by Google

del manicomio stesso o della Provincia. Ma appunto per ciò esso deve essere applicato con i soli criterî curativi, *permettendo* che il malato lavori, mai *pretendendo* che il malato debba lavorare.

Dall' epoca della sua fondazione nel 1881 con 22 malati, il manicomio di Girifalco andò aumentando la sua popolazione fino a 325 nel 1903 e costruendo i relativi locali col solo lavoro dei pazzi. In questo tempo, ed eccettuate 60,000 lire spese in una volta dalla Provincia, tutte le costruzioni nuove furono eseguite in economia per un valore complessivo di 160,000 lire. Ciò significa che dal 1886, epoca in cui si introdusse su vasta scala l' ergoterapia, la somma fatta risparmiare alla Provincia dal lavoro dei pazzi e rappresentata soltanto dagli edifici e loro manutenzione, corrisponde complessivamente a 100,000 franchi, cioè a una media annuale di 6000 lire; senza contare 7000 lire annue rappresentate dagli altri lavoratori.

Un ultimo fatto che vogliamo rilevare ancora è che il lavoro dei pazzi, applicati al terreno coltivabile, si unisce a quella dei pazzi adibiti alle costruzioni ed ai servizi generali (guardaroba, sarti falegnami ecc) per determinare una notevole economia nell' acquisto o nella diretta produzione dei generi di prima necessità e nel risparmio della mano d' opera. Ne risulta da ciò che *ogni manicomio deve essere gestito in economia*, cioè producendo da sè stesso o almeno lavorando con la propria mano d' opera i generi di prima necessità per l' alimentazione e il mantenimento dei malati e per la conservazione dei locali. Tutti gli edifici di cui prima parlammo, per dare un esempio, sono stati costruiti con pietra estratta da una cava del manicomio, con calce ivi appresso fabbricata con la mano d' opera dei malati: gran parte delle stoffe da vestiario sono fabbricate, tessute e confezionate dai malati, e via dicendo.

Per tale modo, la spesa media giornaliera sopportata dalla Provincia di Catanzaro nel decennio 1890-1899, che era, per ogni ammalato, di L. 1,05 (e quindi, dopo quella di Teramo - L. 0.98 - Como - L. 1,02 - Parma L. 1,03, la quarta più bassa di tutti gli altri manicomi d' Italia [1]) fu nel 1901-1902 e 1903 ancora ridotta a L. 0,89 e L. 0,88 ed è divenuta la prima: di modo che possiamo oggi affermare che *la Provincia di Catanzaro è quella che dà maggiore percentuale annuale di pazzi guariti, e sopporta contemporaneamente la spesa più bassa per il loro mantenimento e per la loro cura.*

Abbiamo così data una rapida scorsa anche ai rapporti ed alla benefica influenza dell' ergoterapia sull' andamento economico di un ma-

(1) Assistenza e cura degli alienati ecc. già citato pp. 48-57.

Digitized by Google

nicomio. Riteniamo inutile riportare maggiori dettagli, poichè le poche cifre da noi addotte sono per sè stesse di un'eloquenza incontestabile.

Vogliamo soltanto, in una breve sintesi, riunire quei postulati di biologia che noi poniamo a fondamento naturale della cura del lavoro e fissare in alcune brevi formule le modalità della sua applicazione ed i vantaggi che da questa derivano.

CONCLUSIONI

Al disopra dei metodi strettamente clinici, cioè diretto intervento medicamentoso nelle malattie mentali, sta primo e fondamentale quello dell'ergoterapia e della psicoterapia: cioè la cura della intelligenza con la rieducazione al lavoro fisico e cerebrale. Esso si basa sopra la seguente legge elementare della psicologia umana:

Ogni lavoro muscolare e intellettuale deve essere indirizzato ad una finalità precisa e determinata.

Nei psicopatici il conseguimento di tale finalità non è più possibile in via spontanea per la sopraggiunta lesione dell' intelligenza. Esso deve quindi venir provocato dall' alienista con la rieducazione al lavoro (ergoterapia) e con la suggestione mentale (psicoterapia) dal momento che la applicazione di questi metodi è possibile in base a due fatti reali della biologia dei pazzi: 1. in ogni alienato esistono degli « stati di coscienza » 2. nella massima percentuale degli alienati esistono in gran parte inalterate le funzioni più comuni della vita vegetativa (alimentazione, digestione) ed è possibile il lavoro fisico per la integrità delle masse muscolari e della loro innervazione.

L' applicazione dei psicopatici al lavoro fisico ha per sola e immediata finalità la cura della mente ammalata, la abolizione dei mezzi coercitivi. il benessere somatico e fisico dei psicopatici cronici.

Dove l' ergoterapia è elevata a sistema si può affermare che la cifra percentuale dei lavoratori corrisponde alla cifra percentuale delle guarigioni definitive: la media della mortalità e delle recidive è minima: è massima la percentuale delle dimissioni annuali, è minima la spesa del mantenimento per ogni singolo ammalato ricoverato.

L' ergoterapia costituisce il fondamento naturale e il più semplice per l' applicazione del no-restraint e dell' open-door.

In queste brevi formule noi crediamo sia compendiata una gran parte della missione scientifica e umanitaria dei Clinici delle malattie mentali.

Girifalco - Gennaio 1904.

Debbo esprimere al mio Sig. Direttore R. Pellegrini i più vivi ringraziamenti per la generosità con cui mise a mia disposizione l' Archivio del Manicomio e per il valido aiuto concedutomi.

Digitized by Google

NOTA

Come Direttore del Manicomio di Ferrara e di questo Giornale, non posso lasciar passare senza una parola il confronto che il dott. Levi-Bianchini stabilisce fra il Manicomio di Girifalco e quello di Ferrara perchè la recisa asserzione sua — *nel Manicomio di Ferrara non si applica l'ergoterapia* — non corrisponde al vero nè rispetto al tempo presente né a quello passato.

Lascio da parte che il Manicomio di Ferrara, per merito del Bonfigli, mio illustre predecessore, è stato uno dei primi in Italia in cui fu su larga scala adottato il lavoro (di *muratura*, *calzoleria*, *pittura*, *tappezzeria*, *lavorazione di canepa*, *ferro*, *legnami*, ecc. ecc. per gli uomini, di *cucito a mano e a macchina*, *filatura*, *dipanatura*, *tessitura*, *lavorazione di maglia*, *pantofole*, ecc. ecc per le donne), tanto che nel Gennaio 1874 su 183 malati esistenti 84 (quasi la metà) erano adibiti al lavoro, e nelle Esposizioni fatte in occasione dei Congressi della Società Freniatrica Italiana il nostro Manicomio occupò sempre uno dei primi posti. Le statistiche pubblicate nel nostro *Bollettino* dal 1874 in poi sono una prova manifesta del fatto che anche nel Manicomio di Ferrara non fu mai, per quanto era possibile, trascurato il lavoro degli alienati.

Se per l'ubicazione del nostro manicomio in città non fu dato in passato occupare i malati nei lavori agricoli, oggi a questa mancanza è stato riparato con la istituzione di una Colonia Agricola a poca distanza dall' Istituto centrale, Colonia dove già sono stati trasferiti più di 50 malati e che dalla primavera u. s. offre i suoi prodotti all' Istituto.

Anche qui i malati, oltre che ai lavori suddetti, vengono adibiti, in aiuto agli inservienti, nel guardaroba, nella lavanderia, nella cucina, nel forno e pastificio, nella legnaia, nella cantina ecc. ecc.; anche nel Manicomio di Ferrara, come in quello di Girifalco, sorgono grandi fabbriche che debbonsi all' opera esclusiva dei malati guidati nel lavoro dagli inservienti.

Il dott. Levi-Bianchini, che forse per il brevo tempo passato nel Manicomio di Ferrara non ha potuto apprezzare esattamente l'estensione del lavoro che vi si fa dai malati, troverà giustificata questa mia rettifica, fatta prima per la verità, un po' per quell'affetto che mi lega al nostro Istituto e un po' anche perchè io ho la ferma convinzione che ben altre ragioni che non sia quella della ergoterapia, spieghino la differenza della recidività, della mortalità ecc. fra il manicomio di Ferrara e quello di Girifalco. Ma su ciò avrò campo di diffondermi più a lungo in altra circostanza, che spero non sia molto lontana.

TAMBRONI

Digitized by Google

Sul servizio sanitario nei manicomi

PER IL

Dott. AUGUSTO GIANNELLI

Docente di psichiatria e clinica psichiatrica - Medico primario nel manicomio di Roma

Recentemente è sorta una polemica vivace e cortese - Ferrarini-Tambroni - sulla distribuzione delle mansioni sanitarie nei Manicomi. Tale quistione è molto più importante di quello che possa sembrare ad un esame sommario, inquantochè essa non importa solo differenza teorica di concetti e di idee, o dissidî più o meno profondi, tra chi si trova a capo di un istituto ed i suoi dipendenti immediati, che pur sono uniti ad esso da un vincolo che non si cancella - il grado accademico -; ma essa si riflette direttamente sulla modalità della cura dei malati. E nulla agisce di più sul numero delle guarigioni, e quindi sulle dimissioni degli alienati - ciò che costituisce a moderare il fatale movimento degli internati - quanto una terapia razionale, la quale può essere fatta solo dove vi è una buona organizzazione del servizio sanitario.

L'opinione dei grandi maestri della psichiatria, e l'esperienza, maestra su tutti sovrana, lo attestano. La questione perciò merita di essere esaminata e discussa.

I manicomi hanno subìto in un secolo una grande trasformazione. Erano prima circondati da mura altissime, insuperabili; avevano porte massiccie, talune ricoperte da lamine di ferro; spazi poco aereati, con finestre provvedute di grosse sbarre incrociate; letti fissati al suolo o alle pareti; celle d'isolamento, dove i pazienti erano rinchiusi per mesi interi. Tutto vi era ordinato da massime dogmatiche: poche e rare visite dei parenti, il concederle costituiva un vero affare di stato, essendo precedute da una consultazione, che spesso finiva con un bel no (Marandon de Monthyel). Le corrispondenze severamente proibite; il più piccolo atto impulsivo, ed il più leggero movimento disordinato, avevano per conseguenza l'applicazione dei mezzi di contenzione: camicia di forza, collaretti, manicotti, cinturoni, pastoie, guanti di forza, scarpe speciali, sedie di forza, anelli alle pareti per fissarvi gli agitati ecc.! Tutto questo trattamento era corroborato da sistemi di cura rappresentati dal sacco, dalla macchina rotatrice ecc. (Schneider P. I.), da bagni improvvisi ecc., docceverticali ed orizzantali di punizione; e di più l'ozio prolungato, snervante.

Digitized by Google

Nè le mie affermazioni appariscano esagerate: esse sono notizie di ieri, ed in qualche luogo, purtroppo, sono storia viva palpitante dell'oggi, come ha messo in rilievo la coraggiosa inchiesta Belmondo. Il manicomio così come è stato fino a pochi anni fa, era « una fabbrica di cronici », e voci autorevoli si sono sempre elevate, domandando la trasformazione completa di esso in un ospedale. Molto a dir vero si è fatto; ma quanto resta a fare ancora!...

È necessario che il manicomio divenga un luogo di cura, « un istrumento di guarigione », come diceva Esquirol, essendo sua funzione la cura razionale dei casi acuti curabili, e la cura e la custodia dei pericolosi a sè ed agli altri (Tamburini). E perchè la grande riforma della ospedalizzazione dei malati di mente si compia, condizione necessaria è, che il servizio sanitario sia modificato essenzialmente.

***

La posizione del medico direttore di fronte alla amministrazione dell'istituto è stata lungamente discussa in Francia, in Germania, in Italia; e le affermazioni vanno a due estremi opposti: da quello che vuole il direttore medico padrone assoluto di tutto, anche dei servizi amministrativi, compilatore e responsabile dei bilanci, tutto firmando ed autorizzando, a quello che afferma il medico direttore solamente capo del servizio sanitario, lasciando tutto il resto nelle mani del direttore amministrativo.

In un ospedale, e tanto più in quello destinato a malati di mente, ogni atto che fa il direttore è una funzione del medico; perciò ben si comprende che il direttore debba essere medico, e ad esso facciano capo i servizi amministrativi interni, che hanno rapporto immediato e diretto coll'andamento giornaliero dell'istituto. Ma non deve risiedere in lui l'autorità di dare impulso alla parte materiale dell'istituto (Morselli); si potranno in tal caso ricevere pure le felicitazioni e le gratificazioni da un consiglio di amministrazione; e se si rimane un medico per gli impiegati, si diventa però un burocratico per i medici.

Si ha un bel dire allora « il mio ospedale! i miei collaboratori! i miei dipendenti! »; si gode la precedenza di passare attraverso le porte, ma si è diventati il « frutto secco della carriera » (Marandon de Monthyel).

E giustamente nota il Morselli, ammettendo pure che il medico alienista abbia le doti di un eccellente amministratore, non gli sarà possibile il mandare però di passo le tendenze della psichiatria e le contrattendenze dell'amministrazione. O l'uno o l'altro dei due uffici pre-

Digitized by Google

dominerà in lui, ed il risultato di questa lotta di interessi così opposti, dipenderà soltanto dalla particolare tempra del suo carattere, delle sue abitudini, dei suoi studi.

Il direttore ucciderà il medico nei direttori medici (Chambard), deve perciò cessare la enormità che il direttore abbia tanta ingerenza nella parte amministrativa, fino a preparare i bilanci preventivi, e provvedere alla loro esecuzione, ed assistere alle aste, come avviene in alcuni manicomi italiani.

Il medico direttore non deve perdere il suo tempo a controfirmare le forniture di ogni scatola di lucido, di ogni pezzo di sapone, di ogni carro di paglia; fino a che egli non si persuaderà che le sue occupazioni sono molto più importanti « come medico rimarrà senza significato per i suoi malati » (Erlenmeyer).

Il medico direttore, liberato per la massima parte dal peso amministrativo, deve dedicarsi, più di quello che ora non faccia, ai malati ed alla scienza; esso deve essere il punto medio della vita giornaliera e scientifica dell'istituto e del collegio medico.

Ha ragione il Falret quando afferma che invano ricerca in un asilo le funzioni del Direttore e quelle del medico, non trovandovi egli che quelle del medico. Ma che il medico direttore si riduca ad essere un osservatore di « *Haricot* et *Bois de lit* » (Marandon de Monthyel) no!.... Dirigere, non significa dedicare la propria attività a sorvegliare e regolare i minimi atti dell'amministrazione, verificando financo i libri di contabilità.

Dirigere un manicomio significa dare un impulso illuminato e costante a tutte le suddivisioni del servizio, in vista del benessere e del trattamento degli alienati; ma ciò non implica che si debbano accumulare due funzioni così opposte, sanitaria ed economica, in una sola persona (Morselli). Doveri del direttore saranno: la vigilanza sulle tabelle dietetiche qualitative e quantitative, la disciplina del personale e le proposte di ammissione e di licenziamento di esso secondo norme generali e senza favoritismi, senza raccomandazioni; domandare all'amministrazione, che sia provveduto alle condizioni materiali ed igieniche dell'istituto, secondo i dati della scienza; che la farmacia, la guardaroba, la dispensa siano fornite del necessario ecc.; ma non lo si deve sopraccaricare delle pratiche materiali, da cui vengono formati o preparati i mezzi che lo aiutano a raggiungere lo scopo (Morselli).

Io dissento dalla esplicativa del voto inviato dalla società Freniatrica a S. E. il Presidente del Consiglio ed ai Sigg. Senatori e Deputati nel 1897 (1), secondo la quale il direttore deve restare in quanto a

(1) Società Freniatrica Italiana - Adunanza 5 decembre 1897 - Milano.

Digitized by Google

spesa, nei confini del bilancio redatto dall' amministrazione, non potendo uscire dalle norme di legge nell' attuarlo per la parte che lo riguarda, nè variare i limiti di certe spese, senza previa approvazione delle « Amministrazioni, perchè ciò presuppone nel direttore il diritto di ordinare delle spese ».

A me sembra che il direttore non dovrebbe avere il diritto di fare od ordinare spese dentro o fuori dei limiti del bilancio, con o senza approvazione dell'amministrazione, perchè l' esecuzione del bilancio non è di sua competenza. Il medico direttore non deve emarginare delle pratiche, ma deve possedere conoscenze profonde, speciali, nelle malattie mentali e nervose (Guislain); le sue qualità scientifiche debbono predominare di gran lunga su quelle burocratiche (Kurella): al tatto squisito e alla profonda conoscenza degli uomini, deve unire una condotta irreprensibile; bontà e benevolenza unite ad una forte dose di energia; sua scuola essenziale deve essere quella dell' affetto: egli deve riconoscere sempre, anche nell' ultimo infermiere, un uomo, e trattarlo perciò benevolmente (Arndt); deve mettersi sempre in guardia contro sè stesso, perchè la stima ed il rispetto non sono in rapporto diretto col posto che si occupa ma provengono dalle qualità intrinseche, personali che nessuna nomina può dare o togliere: l' autorità è nel suo sapere, e nella giustizia, che deve presiedere tutte le norme da esso emanate (Guislain).

Io ritengo con Morel che « il medico si deve dedicare interamente alla scienza ed ai malati », essendo esso « principio di vita nell' ospedale per alienati » (Esquirol); il direttore deve conservare una supremazia morale incontrastata, che gli permetta di far convergere verso uno scopo esclusivamente medico, tutti i regolamenti, tutti i dettagli dell'organizzazione; ma deve essere liberato da ogni preoccupazione amministrativa, e finanziaria, e deve lasciare ad altri i mezzi materiali di esecuzione (Marcé). Il medico deve rimanere il rappresentante dell' arte, e conservare intatto il prestigio ippocratico. La parte direttiva di un manicomio riguarda il suo scopo, più che i mezzi onde raggiungerlo (Morselli): inframmettersi direttamente negli affari amministrativi, discendere ai dettagli dell' economia domestica, significa perdere il tempo in preoccupazioni inutili ed umilianti, che distolgono il medico dallo scopo principale della sua missione (Guislain).

***

Mentre le società degli alienisti in Italia ed all'estero si sono mostrate sempre gelose tutrici delle mansioni del medico direttore e della

Digitized by Google

sua posizione di fronte all' amministrazione, esse quasi nulla hanno domandato per i medici di Manicomio. Solo al congresso di Tolosa (1897) contro la relazione Doutrebente, che tutto trovava attualmente ottimo nel migliore dei manicomi possibili, si levò energicamente la proposta La Filliatre (1), sul sistema dell' accentramento del servizio nelle mani di uno solo.

In Italia il servizio sanitario si è finora modellato quasi dappertutto su quello francese, che trova le sue basi nella legge del 1838 (2).

Il medico direttore passa al mattino la visita a tutti i malati, se il manicomio è piccolo: mentre se è grande, alterna in giorni successivi la visita nella sezione femminile, con quella nella sezione maschile. Tutti i medici (interni, assistenti, aggiunti) ed il capo infermiere gli fan corona, e ciò non fanno bene; il direttore guarda i malati, si ferma presso alcuni; detta ordinazioni, che sono scritte da un medico su apposito ricettario, modifica la dieta giornaliera, se ne è il caso, osserva la pulizia del reparto, la tenuta del personale, ecc.

Alla sera la visita è fatta da uno degli interni. Se il manicomio non supera i 200-300 malati, le cose vanno anche bene; Ma per poco

---

(1) Per applicare l' open-door, il « no-restraint », il trattamento individuale, occorre:

a) creare nuovi manicomi;

b) aumentare i medici nel rapporto di 1 ogni 100 alienati;

c) sopprimere i medici aggiunti, attualmente inutili, e creare un corpo di « medicins des asiles » analogo al corpo medico degli ospedali;

d) ogni medico di asilo (medico primario) deve avere un medico assistente scelto tra gli interni, e che abbia almeno due anni di pratica manicomiale.

(2) La legge 30 giugno 1838 fu completata da un'ordinanza reale del 18, XII, 1839: venne poi il « Reglement officiel du service interieur des asiles publics d'aliénés » (20, III, 1857).

In Francia, a capo di ogni asilo dipartimentale, vi è un medico direttore: nei grandi asili, come in quelli della Senna, le funzioni del direttore e del medico capo sono separati; e allora, con un direttore amministrativo, vi è uno o vi sono più medici-capo, incaricati ciascuno di un « quartiere ». Il medico capo regola il trattamento dei malati, il loro regime, redige i certificati richiesti dalla legge, ed ogni anno presenta un rapporto sul servizio medico. Sotto la sua autorità stanno:

1.° uno o più « medici aggiunti », incaricati di secondarlo o di sostituirlo; sono nominati per concorso; tra essi si scieglie il medico direttore ed il medico capo.

2.° uno o più medici interni, incaricati del dettaglio del servizio sanitario; nei grandi centri sono nominati per concorso, altrove sono scelti dal direttore.

Alla legge del 1838 sono state fatte molte accuse che si è tentato eliminare nei vari progetti presentati fin dal 1870 (Gambetta e Maguin) e discussi avanti alle camere (Roussel et Dosjardins, - 25 luglio 1872) - Progetto del Ministro per gl' interni, 25 Marzo 1882 - Progetto del Senato, presentato alla camera il 24 giugno 1887, relazione Lafont - Progetto del 27 novembre 1896, relazione Dubief - Progetto 23, XII, 1898, relazione Dubief.

Digitized by Google

che il numero degli internati si accresca, il servizio ne scapita, ed in ragione del quadrato dell' aumento dei malati. E non potrebbe essere altrimenti; il tempo che il direttore può dedicare alla visita medica rimarrà sempre uguale tanto se i malati sono 200, quanto se il loro numero è di 500, 800, 1000; e si trovano delle amministrazioni le quali accusano di trascuranza quel direttore di buon senso che fa espressamente il contrario!

Trovare che tutto va bene in un' ospedale di 1000 - 1200 - 1500 malati di mente, quando le responsabilità mediche ed amministrative cadono su un solo capo; ritenere che un solo uomo, per quanto grande sia la sua organizzazione cerebrale, possa portare il peso di tutti i doveri e di più visitare 1200-1500 malati di mente, di cui almeno un terzo richiede un trattamento individuale, è semplicemente impossibile. Supponendo un medico dotato di energia, di salute, di attività e zelo superiori ad ogni immaginazione, esso non può visitare e curare 500 malati (Marcè) i quali « senza direzione intellettuale e morale » divengono incurabili, per la sola ragione che non vengono curati (Marcè).

Non si riesce a comprendere perchè debba esservi una differenza tra l' assistenza degli alienati (malattie psichiche) e quella dei malati comuni (malattie fisiche). Questi e quelli sono affetti da malattie organiche o funzionali di determinati organi: e può forse la patologia del sistema nervoso fare a meno dell' osservazione prolungata, minuziosa individuale, prima di formulare una diagnosi, e dettare una cura razionale? Potrebbe un solo medico, negli ospedali generali, curare 300 malati, anche quando questi si compongono di 100 casi acuti, e di 200 cronici? Per un malato acuto di mente si richiede la conoscenza dell' origine della malattia e lo studio giornaliero della sua evoluzione: debbono essere preveduti i pericoli e le tendenze impulsive del paziente; è necessario poi registrare accuratamente le osservazioni fatte, e quelle che si vengono rilevando colle indagini ulteriori e continue.

Ecco ciò che si usa praticare in molti asili che pur godono fama di moderni. Arrivato il malato, si osserva rapidamente (mezz' ora al massimo) se il suo stato è più o meno discordante con quello accennato nella modula d' accompagno, spesso redatta chi sa come, quando pure abbia le risposte a tutto il questionario in essa stampato; chè quasi sempre vi si trova la sola indicazione di « malattia mentale con pericolo per sè e per gli altri ». Si scrive nel registro generale il nome e cognome, la paternità, la patria, la presunta causa della malattia, se vi è o no eredità diretta e morbosa: dopo qualche giorno, nella finca relativa, si appiccicano due o tre parole indicanti una formula diagnostica. In quelli istituti poi che si dànno il lusso di avere dei re-

Digitized by Google

gistri nosografici, coi quesiti stampati, si risponde con qualche parola alle domande espresse, scrivendo le osservazioni fatte sui malati durante la visita, solo dopo nell' ufficio sanitario, dove sono tenute, per ordine superiore, le storie cliniche. L' anamnesi, l' esame antropologico, fisiologico, neurologico e psichico, rimangono così delineati da pochi monosillabi, che costituiscono ciò che pomposamente si chiama la storia clinica.

Che diviene intanto il malato? per lo più è messo subito in una cella d' isolamento, dove rimane solo coi suoi pensieri, per 10, 15, 20 giorni, per finire poi in una corsia di alienati, facendo parte da questo momento di quella collettività, che esilara il pubblico grosso, e che dal medico direttore è conosciuta singolarmente, tutto al più, cogli aggettivi di allucinato, paranoico, pellagroso, paralitico, epilettico, confuso, demente, depresso, esaltato, idiota ecc.

Nelle visite dei primi giorni, il nuovo arrivato avrà l'onore di un colloquio di cinque, dieci minuti, al massimo: poi altri venuti, coi nuovi tormenti e nuovi tormentati, richiameranno, e giustamente, l' attenzione del medico direttore; ed il paziente avrà allora la sua parte della « cura in blocco ». E così tutto va ed andrà per lo meglio!

Vana riuscirà qualunque legislazione, ed inutili i miglioramenti richiesti nelle costruzioni dei manicomi, se il trattamento curativo individuale degli alienati non sarà reso possibile ed obbligatorio (Dubois). Gli alienati non possono essere curati in massa; ma si può e si deve curarli individualmente (Campbell, Clark); ridurre il numero dei malati affidati ad ogni medico « è la sola soluzione conforme alle esigenze della umanità e della scienza », esigenze spesso proclamate, troppo raramente soddisfatte (Serieux). So bene che la riforma tanto domandata della istituzione nei manicomi, di medici capi-servizio, medici primari, incaricati della cura individuale di un certo numero di malati, ha provocato grida d' allarme; precisamente come altre riforme nel passato, quando agli alienati si tolsero i ferri, che ne costringevano le vene ed i polsi; come quando si abolì il forcone per avvicinare i ribelli, riducendoli all' impotenza, addossati ad una parete; come quando si dettero in mano ad essi gli strumenti del lavoro, della redenzione umana. Gli scandali previsti, le catastrofi paventate, il deserto temuto intorno agli asili, non si sono avverati! E così anche la ospedalizzazione dei folli non ha prodotto gli inconvenienti predetti, là dove essa è stata applicata. Nè mi si opponga che io scriva di cose lette o vedute in rapide visite fatte in qualche manicomio nostrano o straniero; scrivo di cose che si sono svolte sotto i miei occhi, e delle quali io stesso ho veduto l' attuazione nel manicomio di Roma.

Nel 1891 cominciò il periodo del rinnovamento tecnico e scientifico del manicomio di Roma. Il professore Panizza, che reggeva allora la

Digitized by Google

amministrazione, insieme a tanti altri titoli di benemerenza per la operosità intelligente dedicata a vantaggio del nostro istituto, ha il merito grande di avere istituite le sale di osservazione: vi fu preposto il vice direttore Prof. Solivetti con due medici assistenti.

Nel 1893 il Prof. Bonfigli assunse la direzione del manicomio (18 marzo). Per la morte del Solivetti, avvenuta poco dopo, fu abolito il posto di medico vice direttore, ed a capo delle due sale di osservazione fu messo allora il prof. Mingazzini.

Tutti gli altri reparti del manicomio furono riuniti in quattro quartieri affidati a quattro medici primari.

Nel 1898, essendo cresciuto notevolmente il numero dei malati nei singoli reparti, furono creati nuovi posti di medici primarî. Nelle sale di osservazione, dove il movimento era divenuto più numeroso, furono destinati due primarî, uno a quella maschile ed uno a quella femminile.

Da allora il Prof. Mingazzini ha tenuto la direzione continuata di una sala.

Il manicomio venne diviso in otto quartieri, diretti da altrettanti medici primarî. In seguito alla istituzione della succursale a Ceccano fu poi destinato (1900) un primario a dirigerla col titolo di primario aiuto alla direzione.

Doveri dei primarî sono: visita medica antimeridiana e pomeridiana; cura individuale dei malati; nota nei diari dei fatti più importanti relativi alla malattia, alle infermità, alla pericolosità, alla attitudine al lavoro; possibile rettificazione della diagnosi; disposizione dei servizi nell' interno del reparto; corrispondenza e visite dei parenti; minute delle relazioni alle autorità dei malati del proprio quartiere; proposte di dimissione per guarigione e di trasferimento dei malati da un reparto all' altro, motivate nel diario, proposte che divengono esecutive, solo quando sono state controfirmate dal medico direttore.

I primari addetti alle sale di osservazione hanno sopratutto l' obbligo di studiare tutti i malati ammessi, registrandone le osservazioni nei diarî; ed in base ad esse, ed alla storia clinica redatta dal medico assistente, debbono stabilire la diagnosi. Solo dopo che il registro nosografico è stato completato, come se fosse da presentarsi ad una lezione clinica, il malato viene trasferito.

S' intende che, se le conclusioni dello studio sono per il non riconoscimento di una matattia mentale, il soggetto viene senz' altro dimesso. I primarî dell' osservazione firmano inoltre la denuncia al procuratore del re di ogni internato, la quale viene naturalmente controfirmata dal medico direttore (1).

(1) Colla applicazione della nuova legge sugli alienati, la denuncia al presidente del tribunale viene fatta direttamente dalla direzione.

Digitized by Google

Le prescrizioni dei medicinali non si fanno « in blocco » ma sono individuali: ogni reparto ha il suo ricettario, dove il primario scrive giorno per giorno le ordinazioni relative, col nome di ciascun malato, il quale è riportato sulla etichetta, che la farmacia mette ad ogni recipiente, colle indicazioni necessarie.

In ogni reparto vi è:

a) la cassetta dei medicinali per uso ipodermico, contenente: soluzione di caffeina al 20 0[0; olio canforato al 10 0[0; etere solforico; atropina 1 0[00; duboisina 1 0[00; morfina 1 0[0; ioscina 1 0[00; estratto acquoso oppio 1 : 20; bicloridrato chinina 5 : 10; ergotinina Tanret; calomelano in olio e guaiacolo 1 : 10; sublimato corrosivo 1 0[0. In ogni cassetta si trovano siringhe di Pravaz, aghi, soluzione acquosa ed alcoolica di acido fenico, etere solforico, per fare la pulizia delle siringhe, degli aghi e della pelle dei malati; velo e cotone idrofilo. La cassetta è chiusa, ed ogni medico del manicomio possiede la chiave per poterla aprire, e servirsene sia durante la visita, sia nelle chiamate d' urgenza nei reparti appartenenti ai colleghi.

b) una rubricella col nome dei malati, disposti per ordine alfabetico al corrente del movimento giornaliero, colla diagnosi, la data dell' ammissione e del trasferimento.

c) il libro delle consegne speciali, dove il primario nota i malati che debbono essere tenuti specialmente in sorveglianza. Le guardie notturne vi scrivono le particolarità osservate da esse sullo stato dei malati, e gli inconvenienti avvenuti durante il loro servizio.

d) la cassetta di medicatura contenente fasce, velo, cotone idrofilo, bodrouche, iodoformio, dermatolo ecc.

Il primario nella visita mattutina trova in ogni reparto la nota del vitto del giorno seguente, per i malati e per il personale; vi fa le sue annotazioni sul numero dei ricoverati e degli infermieri. Merita qui di essere rilevato come la nostra amministrazione, partendo sempre da concetti altamente umanitarî, non ha mai stabilito alcun limite qualitativo e quantitativo alle sostituzioni ed agli aumenti del vitto, che i primarî fanno nell' interesse dei malati. In quasi tutti i manicomi oltre ad essere molto limitate le sostituzioni, e poco o niente permessi gli aumenti, occorre l' alta sanzione del direttore per ogni cambiamento. Nel nostro istituto ciò che il primario ordina, anche come alimentazione speciale, è fornito immediatamente dalla dispensa.

Come pure non vi è alcuna restrizione sui medicinali da adoperarsi (1). Quando si tratta di specialità o di medicinali nuovi richiesti

(1) Recentemente è stato compilato un elenco a stampa di tutti i medicinali di cui è fornita la nostra farmacia, ricchissima di quei medicamenti necessari per la cura delle malattie nervose e mentali. I medicamenti di costo elevato sono contrassegnati da asterisco. In ogni reparto esso si trova sempre a disposizione del sanitario.

Digitized by Google

dai primarî, allora il farmacista si munisce della firma del direttore, e ne fa la richiesta, che è sollecitamente esaudita.

I due medici assistenti hanno l'obbligo della compilazione dei registri nosografici dei malati che sono inviati nelle sale di osservazione, corredandoli di tutte le ricerche necessarie.

L'esame è molto accurato, l'anamnesi, sempre così deficiente nelle module d'ufficio, viene completata con ricerche pazienti fatte in occasione delle visite di parenti o di amici del ricoverato; e, quando occorra, anche d'ufficio, scrivendo al sindaco od al medico del luogo di provenienza. Le indagini antropologiche, fisiologiche, e quelle relative al sistema nervoso, sono tutte praticate e notate, sempre, in ogni caso; segue poi la descrizione delle condizioni mentali. Così chè il nostro istituto possiede, dal 1891, un ricchissimo materiale d'osservazione e di studio, che è ben raro trovare in altri manicomî.

Il servizio di guardia è affidato ai quattro primarî ultimi entrati e ai due medici assistenti: dura 24 ore.

Le ammissioni dei malati sono sempre fatte dal medico di guardia, che ne rilascia ricevuta, dopo aver constatata la regolarità dei documenti necessari, e stende il verbale relativo, colla elencazione di tutti gli oggetti che sono presso il malato.

Il medico direttore ogni giorno ad ore differenti, visita alcuni reparti, e per lo più quando il medico primario ne è già uscito. Di regola, come si usa fare nei manicomi meglio organizzati (Serieux), il direttore non è accompagnato da alcun sanitario; lo segue il capo infermiere, il quale, insieme al capo reparto, può dare ad esso tutte le spiegazioni che desidera; di più, egli può consultare immediatamente il registro nosografico del malato che vuole interrogare, essendo le storie cliniche depositate in apposito armadio, situato nella cameretta che in ogni reparto è destinata al servizio sanitario.

Il mattino, prima della visita medica, il direttore trova nel suo ufficio i rapporti che ogni caporeparto fa, su un modulo stabilito, relativi al movimento e alle modificazioni più generali sullo stato dei malati del proprio reparto, ed agl'inconvenienti che possono essersi verificati nelle ultime 24 ore. Il capo infermiere per gli uomini, e la capo sorvegliante per le donne, sono presenti per fornire al direttore gli schiarimenti necessari, i quali possono essere in seguito illustrati dal medico primario, che, dopo la visita mattutina, può passare all'ufficio di direzione, per conferire « rapidamente » sul servizio del proprio quartiere.

Se il direttore lo ritiene necessario, fa avvisare telefonicamente il primario di recarsi all'ufficio di direzione dopo la visita.

Tutte queste disposizioni rivelano una organizzazione ispirata a sani concetti moderni di cura dei malati di mente, e di liberalità col-

Digitized by Google

legiale. Occorre però che siano completate, sopratutto per quel che riguarda la organizzazione della direzione stessa. Lo scrivente espone con franchezza il pensiero proprio, come si conviene a liberi cittadini ed a studiosi. Debbono essere abolite, per quanto è possibile, le pastoie burocratiche che pesano sulla direzione; il sanitario, qualunque grado abbia, deve essere restituito alle sue funzioni naturali, all'esame ed alla cura dei malati; il rimanente deve essere affidato ad impiegati non medici.

***

Se in Roma è stato attuato così largamente il principio della ospedalizzazione, è giusto riconoscere che già in altri manicomi si era affidato a medici di sezione, o medici primarî, la cura di un reparto più o meno numeroso di alienati.

Nel frenocomio di Reggio Emilia, tanto giustamente lodato, lo scrivente, quando vi si trattenne alcuni mesi (1892) come medico praticante (ricordo lietissimo di anni che si van facendo lontani), trovò che due distinti e valentissimi colleghi, Guicciardi e Petrazzani, erano preposti alla cura ed al trattamento dei malati in due reparti.

All'estero la divisione del servizio sanitario era già praticata: basta riferirsi ai dati raccolti dal Serieux, quando ebbe l'incarico dal consiglio generale della Senna, di visitare gli asili per alienati in Austria, Germania, Italia, Russia, Svizzera: a Vienna nel 1891, nell'asilo provinciale, capace di 700-800 malati, vi erano 12 medici, e cinque servizi sanitarî.

A Berlino, nel manicomio di Hergberg, con 1000 malati, vi erano tre servizi distinti, uno pel direttore e due per i medici primarî, ognuno dei quali però aveva quattro medici assistenti; vi erano poi due medici assistenti volontari. Il primario redige e firma i certificati richiesti dalla legge, ed il medico direttore interviene solo nella trasmissione, e per tal fatto ne assume la responsabilità: se vi è divergenza di opinioni, il medico direttore può, nel trasmettere il certificato, rifiutarsi di assumere la responsabilità.

A Varsavia, il manicomio per 500-550 malati, aveva un direttore e cinque medici, dei quali ciascuno era capo di un reparto di 100 malati, ed era responsabile, avanti al direttore ed avanti all'autorità, del suo servizio.

A Bouraschevo, nel dipartimento di Kiel, il manicomio ha 900 malati, un medico direttore e cinque sanitari. Il direttore e i medici stanno ciascuno a capo « dal punto di vista medico » di una sezione di 120 malati; il direttore ispeziona ogni giorno un reparto, senza essere

Digitized by Google

accompagnato, e in ora in cui non si trovano i primari nella propria sezione.

Nella clinica psichiatrica di Giessen la direzione del servizio medico di ogni divisione è tutta intera nelle mani di un solo medico, responsabile avanti al professore ufficiale (Serieux).

In tutti gli asili della Scandinavia si segue la massima di dividere il lavoro tra tutto il personale sanitario, dando una destinazione utile alle forze di cui si può disporre, facendole concorrere al solo scopo razionale, che è quello della cura dei malati (Pactet): ogni medico ha il suo servizio ben distinto, una funzione speciale, una parte di responsabilità, e quindi una certa iniziativa.

In Danimarca l' organizzazione medica dei manicomi non presenta differenze notevoli da quella che esiste nella Svezia.

Anche in Francia, nella colonia di Dunsur Auron, e di Vancluse, è stato fatto l'esperimento di assegnare reparti separati a singoli medici, costituendone un servizio di cui essi ne hanno la responsabilità diretta. E recentemente Magnan e Legrain, parlano di medici « jouissants d'une autorité medicale absolue », ai quali il direttore confiderà la sorveglianza ed il trattamento di alcuni reparti di malati (Serieux).

***

Quali dei tanti inconvenienti lamentati da coloro, che sostengono l' accentramento nel direttore di tutto il servizio sanitario, sono accaduti in Roma e nei manicomi suddetti? nessuno, ed anzi le cose procedono certamente meglio; se ne sono avvantaggiati i malati, il personale, e, diciamolo pure con franchezza, la dignità professionale. Certamente il direttore non potrà fare la comparsa da sovrano assoluto (Hôpital) nel suo dominio, circondato dalla corte figurativa di medici, poco o punto specialisti. Ma quanto vantaggio invece per i poveri malati! quanta maggiore serietà nel trattamento fisico e psichico, fatto da un medico che, invece di dover passare in rassegna 500-1000 malati, ne cura solo 120-150! Solo in questo modo il medico potrà occuparsi delle frequenti lagnanze dei malati di mente contro qualche persona addetta alla custodia se si segue il metodo di non tenerne conto, si risparmiano tempo e noie; ma se il medico vuole fare il proprio dovere, secondo scienza e coscienza, egli deve ascoltare tutte le lagnanze dei malati, fare tante piccole inchieste per determinare quanto di morboso è stato aggiunto al fondamento di verità. che si ritrova quasi sempre in ogni lamento dell' alienato.

E queste ricerche richieggono capacità, e tempo, molto tempo.

Digitized by Google

Si domanda se col sistema del decentramento del servizio si verificheranno dualismi. I conflitti sanitari di uno stesso istituto, oltre che essere più questione isolata di persone che di cose (Ferrarini), molto dipendono dalla vita che i direttori domandano per i loro dipendenti; vita di isolamento e di permanenza quasi continua nell' interno dell' istituto. E poi, chi dice dei conflitti esistenti anche là dove il direttore è tutto? se ne parla poco, e se ne è scritto meno, ma non per questo si possono negare. E non sorgono talvolta conflitti tra i sanitari dell'esercito, dove pure la disciplina sta al di sopra del sapere?

I conflitti nascono dapertutto là dove vivono uomini, quando sono in collisione interessi o pretese, indipendentemente dalla posizione dei singoli. A meno che la condizione di dipendenza economica non prema assolutamente su uno dei contendenti, mentre esiste nell' altro il potere, messo a disposizione di un carattere prepotente e vendicativo, di liberarsi dell' avversario, licenziandolo. E si potrebbe anche sostenere, che i conflitti si manifestano là dove i caratteri che si avvicinano, ricordano più spesso quelli dei nostri malati! Tale constatazione potrebbe essere riguardata o come un fatto personale, ed i conflitti non hanno che vedere col sistema d' accentramento e con quell' opposto; o tale constatazione si riguarda come la conseguenza di quell' antico adagio « chi va col zoppo impara a zoppicare », ed allora colpisce tutti i medici addetti ai manicomi, compresi i direttori; ed il sistema di trattamento ne è ancora irresponsabile.

Si sostiene che la logicità dell' accentramento nelle mani del direttore di tutto ciò che si riferisce alla cura, è provata dal fatto che gli alienisti hanno reclamato il diritto della piena autorità del direttore anche sul servizio economico. Anzitutto è da osservare che l' autorità del direttore sul servizio economico non è voluta da tutti, in un senso così pieno ed esteso. Del resto poi io non so vedere quale rapporto vi possa essere tra questa autorità e la cura individuale dei malati. Gli alienisti sostengono la istituzione di manicomi piccoli « manicomi di cura » di 100-150 malati il massimo, con un movimento proporzionato nelle ammissioni; ed allora certamente i direttori potranno e dovranno ordinare le prescrizioni terapeutiche essi stessi direttamente, aiutati s' intende da un paio d' assistenti. Ma se è appena possibile che un medico possa seguire esattamente e curare attivamente, in modo serio, un centinaio di alienati, che pur sono un numero così ragionevole (Griesinger, Snell), come si può, nei manicomi di 500-1000-1500 malati, pretendere l' accentramento di tutto ciò che si riferisce alla cura, nelle mani di uno solo, il quale poi vuole avere tante altre cose pel capo?

È sempre la grande riforma reclamata al principio del secolo XIX da Esquirol, quello che noi dobbiamo domandare ad un secolo di di-

Digitized by Google

stanza; è solo coll' aumento dei medici, ai quali sia affidato un reparto di alienati, è solo colla migliore utilizzazione del personale sanitario esistente in molti istituti, che un manicomio cesserà di essere « un deposito » per divenire immediatamente un ospedale.

Il celebre Roller ad Illenau aveva per principio di « lasciare una grande indipendenza ai suoi ausiliari, e di confidarsi, per mantenere l' unità della direzione, alla elevazione del loro carattere ed ai lumi della loro intelligenza (Falret).

Un argomento importante è quello della responsabilità. Come potrebbe il direttore assumere la responsabilità dell' andamento dell' istituto, se alcune parti di questo fossero sottratte alla sua autorità? La relazione Marzocchi alla società psichiatrica, precisamente sull' argomento della responsabilità del direttore e dei medici di manicomio, riconosciuto che accidenti disgraziati, pur troppo non tanto rari nei manicomi, sono da considerarsi come inevitabili e fatali, malgrado tutte le cautele e tutte le precauzioni suggerite dalla scienza e dalla coscienza, afferma recisamente che « la responsabilità giuridica, per i medici direttori di ma« nicomio, è legata intimamente e può derivare soltanto dalla omissione « degli obblighi morali che loro incombono per il regolare funziona« mento dei manicomi ». Ed è un obbligo morale pel direttore dettare la cura di tutti gli internati acuti e cronici, siano essi 300-800-1000-1500, o piuttosto non è morale, secondo lo spirito informatore della legge, e secondo scienza e coscienza, affidare ad ogni medico la cura di un determinato e possibile numero di malati? Il Marzocchi istesso, nella relazione suddetta, dimostra come al direttore occorra che sia dato quel numero sufficiente di medici aiuti « perchè tutti gli ammalati sieno stu« diati con rigore scientifico, come oggi si richiede; tale questione del « personale sanitario, tanto importante per l' assistenza manicomiale, « deve essere risoluta per legge ».

E quando la legge, tanto invocata, avrà stabilito un dato rapporto compatibile attualmente tra le esigenze della scienza e le necessità finanziarie, non verrà implicitamente a sanzionare il principio che ad ogni medico deve essere assegnata la cura di quel dato numero di malati da essa indicati?...

Ed in caso diverso, come si potrebbe parlare di negligenza o di imperizia del direttore, richiedendosi da lui un lavoro ed una applicazione superiore alle forze umane?

Si potrebbe obbiettare che il direttore potrebbe essere chiamato responsabile di provvedimenti presi da un medico primario. Anzitutto deve osservarsi, che sarà sempre meglio attenersi al giudizio di un medico esperimentato, che ha tutto il tempo di esaminare e studiare i suoi malati con rigore e metodo scientifico, di quello che fidarsi « dell' im-

Digitized by Google

pressione soggettiva » -, che non potrà mai essere altro che un' impressione, la visita di 500 malati, per quanto si abbia fiducia in sè stessi e nel proprio « occhio clinico » - In secondo luogo, dato che l' organizzazione interna di ogni reparto corrisponda ai principi voluti dal direttore, se il medico primario mancasse ai suoi doveri, sarà esso e non il direttore chiamato in ultima analisi responsabile. É forse chiamato responsabile il direttore, se avviene qualche disgraziato accidente per trascuratezza di un infermiere? Gli articoli relativi del codice penale (371-375) (1), in base ai quali può essere stabilita la responsabilità del medico direttore, e che comprendono tutto quanto ha rapporto colla responsabilità nell' esercizio professionale, sono stati ben lumeggiati dalla relazione Marzocchi, la quale poi trova il suo complemento in quella Gonzales sul lavoro degli alienati: « il direttore, a tutela della pro- « pria responsabilità, tenga direttamente *o a mezzo dei medici*, annota- « zioni dei criteri scientifici e pratici che inducono o per la scelta o « pel ritiro dei ricoverati dai vari lavori ». E se i medici debbono fare essi stessi le osservazioni ed annotarle, ed il direttore assumerà la responsabilità, in un argomento così delicato come quello di decidere sull' invio dei malati di mente al lavoro, non sarà minore la responsabilità che il direttore assume mediatamente, quando affida ad un primario competente la cura di un determinato numero di malati, e la direzione interna di qualche reparto?...

I sostenitori del metodo tradizionale che vorrebbero tutto riunito nel direttore, sostengono che solo il medico direttore ha l' esperienza necessaria ad un medico alienista, la quale manca per lo più ai medici addetti ai manicomi di media capacità, trattenendovisi questi poco pel modesto emolumento. Ma perchè non pagarli di più? I direttori dei manicomi potrebbero promuovere, essi che sono gran parte della società freniatrica italiana, un voto in questo senso, dalle amministrazioni!... e sarebbero a ciò autorizzati dagli obblighi che la moderna coscienza riconosce imprescindibili verso i malati di qualunque specie, e verso tutti coloro ai quali si domanda un lavoro.

Non sanno forse i direttori di manicomio, i pezzi grossi della carriera manicomiale che esiste « la questione sociale tanto nella classe dei braccianti, come, per mo' di dire, in quella degli alienisti? (Tonnini) ».

---

(1) Art. 371 — Chiunque, per imprudenza o negligenza, ovvero imperizia della propria arte o professione o per inosservanza di regolamenti ordini o discipline, cagiona la morte di alcuno è punito colla detenzione da tre mesi a cinque anni e con la multa di lire 100 a 3 mila ecc.

Art. 375 — Chiunque... cagiona ad alcuno danno nel corpo o nella salute, od una perturbazione di mente, è punito colla detenzione fino a 3 mesi ecc.

Digitized by Google

Non v' ha dubbio che per dirigere un reparto di alienati è necessaria la conoscenza generale della tecnica e delle leggi, e la pratica dei malati cronici e del personale infermieri. Ma è proprio vero che tali requisiti siano cosi difficili e tanto ardui, da richiedere doti speciali di mente per arrivare a comprenderli (F e r r a r i n i)? La tecnica! ecco il verbo che i sostenitori del metodo classico d' accentramento adoperano ad ogni piè sospinto. E questa santa tecnica non potrebbero appunto i medici acquistarla in un istituto grande, numeroso, prima di passare ad un manicomio di media grandezza? E dove l' ànno imparata per la prima volta i direttori?... molti non erano neanche a capo di un reparto manicomiale, quando assunsero il trono della direzione, in seguito a concorso o ad una nomina fortunata. Forse che salendo il seggio direttoriale acquistarono ipso facto le qualità della mente e del cuore necessarie a chi è chiamato al governo di un istituto per malati di mente? - Non è preferibile il sistema che il medico assistente, solo quando avrà acquistato la necessaria capacità tecnica e scientifica, passi al grado di primario, dove avrà occasione di completare la sua coltura, e controllare colla esperienza personale tutto ciò che ha imparato dai colleghi, in un istituto grande o medio, ma ben organizzato e diretto da criteri scientifici, chiari, continuativi, sulla conoscenza di questo grande mistero! che è la tecnica, e sulla pratica dei malati e del personale infermieri? Non vi sarà sempre il medico direttore al quale potrà rivolgersi per consiglio, ed al quale avrà l' obbligo di riferire di quando in quando sull' andamento del proprio reparto? Consiglio che si domanderà sempre volentieri, purchè il direttore sia un medico competente, valoroso nella sua specialità, studioso non ostante l' alta carica, e nella forma ricordi di essere sempre un collega.

*
* *

Ai praticanti che esistono in alcuni grandi istituti sarebbe preferibile dare il nome di assistenti, s' intende sempre, stipendiati, mentre gli attuali assistenti potrebbero chiamarsi aiuti. La nomina degli aiuti dovrebbe essere fatta in base a concorso per titoli o per esame: la stabilità, seguendo i criteri che dettarono l' articolo 16 della legge sanitaria, si acquisterebbe di diritto, quando non vi fossero demeriti, dopo tre anni di prova. Lo stipendio degli ajuti, sufficiente alle esigenze della vita di chi ha dedicato la sua attività allo studio ed alla pratica dei malati di mente, dovrebbe ben presto raggiungere il limite massimo, per la durata indipendente della volontà umana, del servizio in questo grado.

Digitized by Google

Compito degli aiuti dovrebbero essere principalmente la compilazione dei registri nosografici nelle sale d'osservazione, e la esecuzione di tutte le pratiche necessarie alla diagnostica ed alla terapeutica. L'*aiutato* sarebbe per così dire la scuola d' applicazione necessaria per raggiungere il bastone di maresciallo del *primariato*.

I primarî avrebbero l' obbligo della visita giornaliera nei quartieri ad essi affidati; loro attribuzioni sarebbero la cura dei malati, i rapporti colla direzione, la corrispondenza colle famiglie, la disciplina interna del reparto; ad essi si dovrebbe far capo per tutte quelle eventualità che così facilmente sorgono in un reparto di malati di mente, essendo essi i giudici naturali di ciò che avviene nell' interno dei respettivi reparti.

I medici primari non debbono poi essere sovracaricati di lavoro; però non concordo col W i s e, secondo il quale le osservazioni e le cure da essi prescritte, dovrebbero essere dettate ad impiegati speciali! Tutto ciò che ha rapporto coll' autorità giudiziaria o politica deve essere controfirmato dal direttore. Ne vi sarà in tale ordinamento una diminuzione di autorità. Il direttore deve tener sempre presente che esso è il capo, ma nel senso che è il primo tra gli eguali: esso rimarrà privo, è vero, di quelli atteggiamenti autoritarî che possono soddisfare l' amor proprio, e che si manifestano là dove l'onnipotenza di uno solo è tutta senza controllo; là esso sarà, anche se non ne avrà la capacità scientifica indispensabile, il direttore che tutto crede di vedere e di sentire, che giudica e manda secondo che avvinghia. I medici saranno i suoi vassalli, tante marionette, come dice l' H o p p e, nelle sue mani; non diventerà mai però l' amico ed il consigliere dei suoi colleghi; e non lo circonderanno la simpatia e l' affetto che nel disimpegno delicato, e spesso penoso, delle sue funzioni, debbono sostenerlo molto meglio dei segni di ossequio, per dovere d' ufficio.

Ma perchè il medico di manicomio possa corrispondere alle esigenze delle sue funzioni, è necessario che la posizione economica e scientifica di esso sia meglio tutelata, di quello che suole essere nella maggior parte di tali istituti (1).

In Germania recentemente l' H o p p e, dai risultati di una inchiesta fatta in 60 manicomi, sugli stipendi, emolumenti, pensioni, sull'età, sulle promozioni, etc., dei sanitari che vi sono addetti, ha messo in rilievo la vera miseria (2) della carriera dei medici di manicomio. L'Hoppe

(1) In Roma recentemente l' Amministrazione ha migliorato le condizioni economiche di tutto il personale sanitario, amministrativo e di assistenza.

(2) Per quanto riguarda i colleghi dei manicomi italiani basta leggere il lavoro del L a m b r a n z i che è stato pubblicato in questo giornale quando già era stato scritto il presente.

Digitized by Google

ha richiamato l' attenzione sulla influenza che esercita nell' animo del medico la continua vicinanza cogli alienati, coi degenerati, coi pazzi morali insofferenti di ogni disciplina, e per i quali sono parole vane la gentilezza e la cortesia, che non debbono mai allontanarsi da ogni atto, da ogni frase dell' alienista.

Il medico di manicomio non di rado sa e sente che gli sforzi suoi non sono apprezzati dalle amministrazioni, le quali ritengono che sia cosa ben facile fare il medico alienista, e che il primo venuto ne abbia la competenza. Gli amministratori, e sopratutto quelli elettivi, irritati talvolta pel continuo aumento degli internati, guardano i medici con poca benevolenza, quasichè si potesse riuscire a sopprimere la follìa sbarazzandosi del medico specialista « che trova matti dapertutto !... ».

Tutto ciò agisce sul medico di manicomio in modo disastroso; e lo rende irritabile, indifferente alla lotta giornaliera che deve sostenere nell'esercizio del suo ministerio. È facile allora che il sanitario si abbandoni alla monotona uniformità del servizio, senza affetto per i suoi malati, e senza aspirazione al continuo miglioramento intellettuale di sè stesso, così necessario oggidì che gli orizzonti delle discipline psichiatriche si estendono, comprendendo tutte le manifestazioni della vita sociale.

Nè va dimenticato che le condizioni si aggravano quando il manicomio è situato lontano da un centro abitato; e recentemente, di tale fatto se ne è preoccupata anche la commissione incaricata della relazione per la costruzione del quinto manicomio del dipartimento della Senna (B r i a n d).

Se è un bene che l' istituto si trovi alla periferia di una città, anche per ragioni economiche (dazio consumo), non è meno vero che la sua ubicazione lontano dall' abitato è un danno per i malati che vi debbono essere trasportati e per l' approvigionamento dell' istituto, e per il personale, sopratutto quello sanitario. I medici addetti ai manicomi abbisognano più d' ogni altro di tutti quegli eccitamenti che procura la vita continua colle persone sane e di coltura elevata (R i c h a z). Il riposo e la distrazione nella città vicina sono una necessità indispensabile per il personale sanitario (K o w a l e w s k i). Al medico alienista, come medico e come uomo, riescono assolutamente dannosi e l'isolamento dalla vita sociale, e la permanenza continua nei manicomi, tanto cara a molti direttori, i quali troppo spesso dimenticano che la maggior parte delle noie e degli attriti, che esistono nei manicomi, provengono dal fatto, che i medici ed i principali impiegati vivono fra le stesse mura (C o l i n). Il medico deve esaminare i malati, studiare e studiare, ma non deve fare il sorvegliante di professione; e chi si adatta a tale funzione, di darsi del « tono » dell' autorità, deve ben

Digitized by Google

ridere di sè stesso, se arriverà a comprenderlo, innanzi ai colleghi che lavorano e studiano.

Si può anche riconoscere la necessità di istituire, in un grande manicomio, il medico ispettore, alla cui dipendenza diretta si trovino i capo-sorveglianti delle due sezioni maschile e femminile: ma questi dovrà avere speciali requisiti di intelligenza e di carattere, da essere al di sopra di ogni sospetto di favoritismi e di parzialità, chè il personale si adatta alla severità, ma si ribella alle ingiustizie; dovrà poi non mostrarsi accessibile a simpatie più o meno accentuate, soprattutto verso il personale femminile. Le ispezioni dovranno essere fatte improvvisamente, nelle ore diurne e notturne, e non tutti i giorni ad ore fisse, come ad esempio in quelle del pranzo, della cena, ecc. ecc.; chè allora si diventa un « medico-questurino di guardia », senza vantaggio per la disciplina e per i malati!

Il medico deve seguire i progressi della sua epoca, rendersi conto delle aspirazioni delle intelligenze sane, per indagare con frutto il delirio ed il mondo fantastico dei malati (Sinagowitz).

Ma perchè il medico possa compire la sua missione così piena di responsabilità, perchè egli possa essere non solo un medico pel malato, ma anche il suo amico e direttore spirituale, perchè egli possa esercitare « una influenza colla sua personalità sui fenomeni patologici psichici » (Kraepelin), è necessario che sia assicurata la sua posizione economica e scientifica.

La posizione economica deve essere tale che, senza diventare direttori, sia corrispondente a quella degli altri impiegati con gradi accademici. Uno stipendio di 3000-4000 marchi è stato già dallo Schultze riconosciuto meno che sufficiente. Nè verranno dimenticati gli aumenti quinquennali o sessennali e la pensione, perchè la vita faticosa e piena di responsabilità di un vero medico di manicomio, possa decorrere senza le preoccupazioni dell'avvenire della propria famiglia. L' Hoppe trova assurdo pagare più un direttore d' un grande manicomio, che quello di uno di media grandezza, la direzione richiedendo, sempre in ugual misura, attività ed intelligenza. L' istesso autore ritiene erroneo pagare di più il primario anziano solo perchè sostituisce il direttore nelle assenze.

Ma oltre la posizione economica non deve essere trascurato tutto ciò che serve al perfezionamento intellettuale del corpo sanitario. Ogni manicomio dovrebbe essere fornito di una biblioteca con abbonamento ai migliori periodici della specialità, e di un laboratorio adatto per le varie ricerche scientifiche. L' utilità di tale domanda non può essere posta in dubbio da alcuno: essa ha già avuto la sanzione di un ramo del nostro corpo legislativo, il senato, quando ha approvato l'ordine del

Digitized by Google

giorno del mio illustre e venerato maestro, il senatore Todaro (marzo 1897) (1).

***

Le obbiezioni sollevate contro una più equa distribuzione del servizio sanitario nei manicomi, non sono adunque quali potrebbero sembrare appena che si presentano al lettore.

Del resto la esperienza della ospedalizzazione fatta in Roma fin dal 1894, e più estesa ancora nel 1898 (8 reparti), toglie ad esse qualunque valore.

Sarebbe perciò desiderabile che i medici di tutti i manicomi, uniti in rapporti più intimi degli attuali, facessero rilevare ai poteri pubblici il vantaggio che ne verrebbe agli alienati quando la massima della « cura individuale » fosse stabilita per legge - anzichè affidare esclusivamente, come è ora nel maggior numero dei nostri istituti, il trattamento dei malati ad un direttore coadiuvato da medici aggiunti od interni. Essi, se non vogliono rimanere delle « machines à certificat », secondo la felice espressione dello Chambard, dovrebbero tutelare meglio il proprio avvenire, stringendosi in intimi legami per stabilire le modalità delle nomine e delle promozioni, sulle quali aveva richiamato l' attenzione qualche anno fa il Marandon de Montyel.

Non è qui il caso di discutere e di paragonare i vari progetti della legge sugli alienati, formulati e presentati al parlamento nazionale; debbo però far rilevare che in nessuno si parla delle attribuzioni dei medici di manicomio, tutto essendo centralizzato sul direttore; anzi mentre nel progetto presentato dal Pelloux (1897) era stabilita la proporzione tra il numero dei medici e quella degli alienati (1 : 150 al massimo), nell' ultimo progetto (Giolitti 1902) non se ne fa cenno.

In Francia invece il problema di un assetto più razionale nell'ordinamento sanitario interno dei manicomi, oltre essere stato argomento di relazioni nei congressi e di pubblicazioni importanti, ha trovato posto nel progetto di legge Dubief relativamente al regime degli alienati, e che è stato presentato, a nome della Commissione della Camera dei deputati nella prima seduta del 23 dicembre 1898.

L' articolo sesto di questo progetto abbatte completamente l' accentramento di tutti i servizi nelle mani di un solo, ed eleva i medici di

(1) Il Senato, considerando i progressi fatti in questi ultimi anni dalla psichiatria per gli studi delle lesioni del sistema nervoso e del cervello in relazione alla clinica, nel fine di cavare il maggior profitto scientifico dai manicomi, fa invito al governo di provvedere nel regolamento alla conservazione ed all' incremento dei relativi gabinetti scientifici.

Digitized by Google

manicomio alla dignità di medici alienisti; li libera dalla permanenza prolungata e dall' abitazione obbligatoria nell' istituto; rende ad essi la libertà professionale, che molti direttori ed amministratori nostrani e stranieri vorrebbero impedire; istituisce nei manicomi, dove il servizio sanitario è ripartito fra tre medici almeno, il collegio medico dell'asilo, presieduto dal direttore, collegio che deve essere consultato su tutte le questioni di ordine medico. I medici direttori non possono assumere impegni di qualunque genere coi manicomi privati.

In Italia sarà possibile un progetto che si ispiri ad idee così semplici e generali? E pure non dovrebbe riuscire difficile ai medici di manicomio far sentire la loro voce nel Parlamento nazionale, dove ora siede l' illustre neuropatologo ed alienista Leonardo Bianchi, tanto più che questi, in un colloquio riferito sommariamente dal Ferrarini, si è espresso a favore di un largo decentramento, vuoi nel trattamento dei malati, vuoi nel servizio interno dei manicomi. La solidarietà, invocata da Kurella per i medici dei manicomi prussiani fin dal 1897, è anche più necessaria per i giovani medici dei manicomi italiani.

Roma - dicembre 1903.

A. Giannelli

Questo lavoro era già stato scritto e consegnato quando è avvenuta l'approvazione e la promulgazione della legge sugli alienati, nella quale si parla del direttore, al quale si riconosce la massima autorità. Nulla si dice in essa del corpo sanitario e del personale d'assistenza. Vi rimedierà il regolamento?

Digitized by Google

LETTERATURA

Arndt — Lehrbuch der Psychiatrie - Wien 1883.

Bourneville — Conseil général de la Seine 1879.

Campbell Clark — *American Journal of Insanity* 1894 - January.

Chambard — Essai critique sur l'organisation medico-administrative du service des aliénés - *Annal. méd. psych.*, 1890, Tom. II, p. 67.

Charon — A propos de l'organisation médicale des asiles d'aliénés. - *Annal. méd. psych.*, 1897, Tom. II, pag. 411.

Colin — *Revue de Psychiatrie*, 1897, N. 10.

Constans — Directeurs ou directeurs-medecins? - *Annales méd. psych.*, 1888.

Esquirol — Des maladies mentales, t. II, 1838.

Erlenmeyer — Unser Irrenwesen - Wiesbaden 1896.

Ferrarini — Sulla divisione del lavoro sanitario nei manicomi. *Giornale di Psichiatria clinica e di Tecnica manicomiale.* Anno XXX, 1902, p. 300.

Ferrarini — Sulla distribuzione delle mansioni sanitarie nei manicomi. — Id. Anno XXXI, Fasc. 1, 1903.

Falret — Des maladies mentales et les asiles d'aliénés - Paris, 1864.

Garnier — Des dispositions de l'article V du projet de la loi sénatorial sur les aliénés ect. *Annales méd. psych.*, 1890, pag. 425.

Garnier — La direction administrative et médicale des etablissements d'aliénés *Annales méd. psych* , 1891, Tom. I, p. 48.

Giraud — Les congrès des mèdecins alièmistes et neurologistes de France - Huitieme session tenue à Toulouse. - *Annal. méd. psych.*, 1897, Tom. II, p. 177.

Gonzales — Sul lavoro degli alienati in quanto può essere sorgente di pericolo e sulle responsabilità che ne derivano ai direttori ed ai medici di manicomio - Soc. fren. ital. seduta 3, VI, 1896 - *Rivista speriment. di Freniatria*, 1896, pag. 401.

Griesinger — Pathologie und Therapie der psych. Krankheiten. 4 Auflage.

Guislain — Leçons orales, sur les Phrenopathies - Gand, 1852.

Hoppe U. — Lage und Stellung der Aerzte an den öffentlichen Irrenanstalten des deutschen Reichs - *Allg. Zeitschrift für Psych.*, 1897, S. 429.

Hoppe U. — Die Stelluug der Frenärzte. - *Centralblatt für Nervencheilkunde*, 1897 Februar.

Hoppe U. — Die Stellung der Aerzte an den öffentlichen Irrenanstalten - Halle, 1902. C. Marhold.

Hôpital — De l'utilité des notes mensuelles - *Annales méd. psych.*, 1897, Tom. II, pag. 395.

Kovalewscky — Hygiène et traitement des maladies mentales et nerveuses. Paris, 1890.

Kraepelin — Psychiatrie - Ein Lehrbuch für Studirende und Aerzte - Leipzig, 1899.

Kurella — Zur Tagesgeschichte - *Centralblatt für Nervenheilkunde*, 1897. S. 115.

Lapointe — De la reunion des fonctions medicales et administratives dans les asiles d'aliénés - *Annales méd. psych.*, 1891, Tom. I, pag. 254.

Lui — Sopra alcuni concetti di tecnica manicomiale - *Bollettino del manicomio di Ferrara*, 1901, fasc. III-IV.

Digitized by Google

Marandon de Montyel — Du personale médico-administratif des asiles et de son recrutement. *Annales méd. psych.*, 1890, Tom. I, pag. 403.

Marandon de Montyel — L'hospitalisation de la folie - *Annales d'Hygiene publique* - Paris, 1895, Tom. XXXIII.

Marcé — Traitè pratique des maladies mentales - Paris 1862.

Marzocchi — Quale debba essere la responsabilità dei direttori e medici primari di manicomio per gli infortuni che vi avvengono, ecc. - Società Freniatrica ital. Seduta 14, V, 1896 - *Rivista sperimentale di Freniatria*, 1896. pag. 383.

Morselli — L'Amministrazione o la scienza nei manicomi. Relazione presentata al Congresso Freniatrico di Reggio Emilia - *Archivio italiano per le malattie nervose e mentali*, 1880, pag. 373.

Richaz — Ueber öffentliche Irrenpflege und die Nothwendigkeit ihrer Verbesserung, S. 27, 1844.

Scabia — Trattato di terapia delle malattie mentali. Torino, 1900.

Schneider — Entwurf zu einer Heilmittellehre gegen psychischen Krankheiten oder Heilmittel inbezu gauf psychische Krankheitsformen - Tübingen, 1824.

Scholz — Die nächste Tufgabe der Irrenpflege - *Allgemeine Zeitsch. f. Psych.* Rd, L. S. 690.

Scholz — Ueber Reform der Irrenpflege - Die materielle schlechte Stellung der Anstaltsärzte - Leipzig, 1890.

Serieux — L'asile d'alcooliques du departement de la Seine. *Annales méd. psych.*, 1895 - II, pag. 417.

Serieux — La clinique psychiatrique de l'Université de Giessen. *Archives de Neurologie*, 1903.

Sinagowitz — Die Seelenstörumgen.

Snell — Grundgüge der Irrenpflege. Berlin, 1897.

Tambroni — Sulla distribuzione del lavoro sanitario nei manicomi. *Giornale di psichiatria clinica e di tecnica manicomiale* - Anno XXX, pag. 385.

Tambroni — I progressi della Neuropatologia, della Psichiatria e della Tecnica manicomiale - *Atti dell' undecimo Congr. della Soc. Freniat. italiana.* Seduta 30, IX. Ancona, 1901.

Tamburini — Provvedimenti da prendersi per diminuire l'affollamento dei manicomi e il carico relativo delle provincie - *Atti dell' undecimo congresso della Società fren. ital.* Seduta 2, X, Ancona 1901.

Wise P. M. — *American Journal of Insanity*, 1894.

Digitized by Google

Digitized by Google

BIBLIOGRAFIE

L. Frigerio — Sopra alcune cause di pazzia modernamente più discusse. — Prelezione al Corso libero di Psichiatria (2 Dicembre 1903) — Siena, 1904.

Dopo avere accennato all'incremento che la psichiatria ebbe particolarmente dallo studio delle cause delle malattie mentali, e detto essere opportuno che queste debbano sempre distinguersi in predisponenti ed occasionali, quantunque queste e quelle bene spesso siano concomitanti, l'A. prende in considerazione talune di quelle che oggi cadono più spesso in discussione e più particolarmente le *intossicazioni*, la *degenerazione* e l'*ambiente sociale*.

Fra le intossicazioni si ferma specialmente sulla pellagrosa, su quella da malattie infettive e sulla sifilitica.

A riguardo della prima accetta incondizionatamente le idee del Lombroso; a riguardo della terza nega, col Fournier, anche sulla base di osservazioni proprie, la possibilità di assimilare la paralisi generale sifilitica e la paralisi generale progressiva classica.

Divide la *degenerazione* in *originaria* e in *acquisita*, la prima in relazione colla anomalia morfologica embrionale e di sviluppo fino al termine della prima infanzia, la seconda in rapporto coll'azione prolungata di influenze morbose (alcoolismo, morfinismo).

A proposito della influenza dell'ambiente sociale sulla produzione della pazzia, parla della *civiltà*, dell'*educazione*, dei *matrimoni consanguinei*, del *celibato*, del *divorzio*, della *depravazione dei costumi*, della *religione*, delle *pratiche spiritiche* ecc. ecc.

Questa è la trama della bella prelezione del Frigerio, che ha saputo trattare con tocchi da maestro e con chiarezza uno degli argomenti più importanti e più difficili della nostra scienza.

TAMBRONI

Digitized by Google

E. Patini e G. Madia. — Contributo clinico e critico allo studio della catatonia. - *Annali di Neurologia* fasc. V. - VI. 1903.

Dieci casi di catatonia osservati dagli A. A. nel Manicomio di Napoli si prestarono assai bene perchè essi potessero compiere un importante studio clinico e critico. La questione ancora sub judice, se la catatonia sia una malattia a sè, ovvero uno stato sintomatico che può apparire nel corso di altre malattie mentali, è sviscerato in ogni sua parte.

Gli A. A. nel loro lavoro, che oltre alla parte originale contiene una vasta bibliografia, prendono in esame i così detti sintomi caratteristici della catatonia: il meccanismo patogenetico ed il significato di essi, la loro etiologia, i rapporti fra catatonia e demenza precoce, gli esiti, la prognosi e l'anatomia patologica dello stato catatonico.

Il Patini ed il Madia così da ultimo riassumono le principali conclusioni del loro lavoro:

« La catatonia di Kahlbaum non è un'entità clinica ed anatomopatologica a sè. I sintomi descritti come caratteristici di essa: le stereotipie del linguaggio parlato e scritto, l'ecolalia, l'ecoprassia, il negativismo, le stereotipie degli atti e delle pose, la flessibilità cerea, non hanno nulla di patognomonico rispetto alle malattie medesime: essi sono gli indici di stati psichici, in cui si ha un restringimento più o meno grande della coscienza, una soppressione più o meno grande delle funzioni del cervello, con residui della sua attività.

Per catatonismo deve intendersi uno stato psico-somatico in cui il fatto culminante è la flessibilità cerea dei muscoli. Esso apparisce episodicamente nel corso di svariate condizioni morbose, ed è in intima connessione con lo stupore, tanto che si può dire non esservi catatonismo senza stupore.

Più ordinariamente esso segue alle forme allucinatorie.

Il catatonismo come sintomologia ha punti di contatto con la catalessi provocata, come meccanismo patogenetico coll'automatismo sonnambolico.

La modellabilità muscolare è un fenomeno essenzialmente psichico, è un fatto di suggestionabilità parziale e da questo punto di vista il catatonismo può considerarsi come lo stato di suggestionabilità parziale della sfera cenestetico-motrice. Il negativismo catatonico che sembra del tutto opposto alla modellabilità muscolare, non è che la stessa tendenza a conservare le pose ricevute, rinforzata da quella a non mutarle nemmeno passivamente. Quest'ultima è l'espressione dell'atteggiamento ostile della psiche del soggetto reso automatico.

Il catatonismo, è indizio di degenerazione dell'organismo psichico: per averne le manifestazioni vi è bisogno di una specie di diatesi organica, che potrebbe dirsi diatesi catatonica.

Tra lo stato catatonico, il catalettico ed il sonnambolico vi è dunque rassomiglianza. In questi tre stati troviamo: 1.° o che alcune zone del cervello cadono nell'inerzia, mentre altre funzionano regolarmente ed altre hanno perfino funzioni esegerate; 2.° ovvero che è soppressa l'attività di alcune zone, mentre è semplicemente conservata quella di altre; 3.° od infine che

Digitized by Google

v' è una generale limitazione di funzionalità in quasi tutte le zone del cervello, ma non di egual grado, di modo che vi è disarmonia anche nelle attività residuali. Ma il fenomeno generale che si nota in tutti e tre gli stati è il disquilibrio, la dissociazione dell'attività cerebrale. Il catatonismo quindi è da considerarsi anch' esso come una particolare espressione sintomatica della dissociazione funzionale del cervello ».

MAGGIOTTO

Masselon — Un cas de forme fruste de démence précoce. - *Archives de Neurologie* - Vol. XVII - Giugno 1904 - N. 102.

L' A. diffusamente descrive ed analizza la storia clinica di un giovane, nel quale, in seguito a due episodi allucinatorii confusionali, si stabilì uno stato di indebolimento mentale.

Fin dopo il primo accesso delirante, caratterizzato da paura ed ansietà con tentativo di suicidio sitofobia, susseguente confusione mentale, e determinato da idee persecutive indeterminate, il malato lasciava rilevare uno stato di abulia e di indifferenza emozionale, che gli rendeva oltremodo difficile e faticosa qualsiasi occupazione. Tranne questo però, ad un esame superficiale non si notavano gravi turbe intellettuali, e pure dopo il secondo episodio delirante, manifestatosi con caratteri analoghi al precedente, la sintomatologia del malato guarito si poteva riassumere solo in uno stato ancor più accentuato di abulia e di indifferenza. Però l' esame accurato dei poteri psichici e le ricerche introspettive, rivelarono e rivelano tutt' ora una lesione profonda dell' attività cerebrale, anche perchè alla diminuzione di desideri e delle emozioni si aggiunge una diminuita vivacità delle immagini mentali. Il malato non pensa più spontaneamente, per riprodurre dei ricordi deve compiere uno sforzo, è obbligato a sostituire alla sua attività spontanea, la sua attività volontaria, ciò che può fare solo in certe circostanze e per poco tempo, e soltanto se l' intelligenza sua si applica a cose semplici, e se la combinazione degli elementi mentali è poco complicata. L' A. si domanda a quale forma morbosa si deve attribuire lo stato mentale del suo soggetto, ed esclude anzitutto la melanconia per la reazione emotiva allo stato di depressione che in essa esiste, e che nel soggetto di studio manca. Ed è la stessa indifferenza anche nell'analisi introspettiva, e la necessità costante di provocarla, che si oppone al concetto di nevrastenia. Va esclusa la follia intermittente per l' indebolimento mentale comparso nel malato, e pure la follia degenerativa per la mancanza di elementi sia nella vita precedente, che nei caratteri allo stato morboso. Deve trattarsi quindi di una forma frusta di demenza precoce, perchè l' indebolimento mentale, di tale stato morboso, rispecchia i caratteri, sia per la difficoltà dell' uso dell' intelligenza, dell' interessamento, dell' assimilazione delle cognizioni, dell' utilizzazione del tesoro intellettuale acquisito, in conseguenza dell' affievolimento di tutte le attività della plasticità cerebrale, dei desideri, dei sentimenti, delle immagini, delle tendenze. Nè l' assenza di negativismo, di stereotipia, infirma il concetto diagnostico,

Digitized by Google

testimoniando tali fenomeni le forme estreme dell' indebolimento mentale, che nel soggetto in parola è solo precoce, e nel quale la lesione si riflette solo sugli elementi più delicati dell' attività mentale.

La prognosi, secondo l' A., indica la necessità pel paziente di sorveglianza e di direzione, e di un' occupazione semplice, che esiga solo un esercizio intellettuale ristretto. Per tali malati in genere, che sono assai più frequenti di quello che si sia sin ad ora rilevato, il lavoro che utilizza il capitale intellettuale ancora esistente può essere sommamente utile ad arrestare la marcia del processo demenziale.

SALERNI

W. A. Mouratoff - Contribution à l'étude de la démence catatonique. - *Archives de Neurologie* - Janvier, 1904.

Dopo una breve rivista della letteratura sulla catatonia, l' A. riporta tre casi di propria osservazione, di cui uno presenta un tipo di catatonia progressiva, uno di catatonia a corso remittente, ed il terzo a forma episodica: e da essi l' A. parte per discutere sul significato della catatonia come entità morbosa.

Prendendo in esame il problema propostosi sotto il triplice punto di vista della eziologia, della anatomia patologica, e del decorso clinico, egli osserva anzitutto come la eziologia della catatonia non sia ancora ben definita; però fra i diversi criteri accetta di preferenza quello che ne ammette la base degenerativa; e nota pure che mancano tuttora dati sufficienti e precisi, sulle alterazioni anatomiche; non rimane quindi che l'esame dei dati clinici. Su di essi infatti l' A. più a lungo si trattiene con ampia e sottile disamina, dalla quale, tanto pei dati bibliografici quanto per le osservazioni personali, è indotto a credere che nel decorso della catatonia esista una certa varietà definita di sintomi, con la costante presenza di un solo sintoma cardinale e con un esito terminale costante. E pur lasciando tuttora insoluto il quesito se la catatonia si debba riguardare come un gruppo nosologico indipendente o come una forma clinica che entri in un più vasto gruppo di malattie, l'A. ammette però che allo stato attuale della scienza, per la indeterminatezza della eziologia e della nosologia di molte malattie mentali definite solo dal quadro clinico e dal decorso, anche la catatonia può considerarsi, sotto tale aspetto, come una entità morbosa; ma è tuttavia assai probabile che essa possa entrare nel vasto gruppo delle degenerazioni psichiche, quale forma morbosa i cui limiti clinici debbono però essere sottoposti ad uno studio e ad una trattazione più dettagliata.

D' ORMEA

Digitized by Google

Pasturel - Vesanie et pyelo-néphrite suppurée - *Annales médico-psychologiques*, - N. 3, 1904.

Donna di 53 anni, senza labe ereditaria con disturbi psichici a carattere melanconico, associati a una pielo-nefrite suppurativa, d'origine probabilmente traumatica, accertata dal reperto necroscopico. L'A. si chiede se possa stabilirsi un rapporto di causa ad effetto fra la lesione renale e i disturbi mentali; al che risponde affermativamente; e crede che in tal caso un intervento chirurgico, che si sarebbe tentato se le condizioni dell'inferma non fossero state già troppo gravi, sia consigliabile ed utile tanto allo stato fisico che al mentale.

D' Ormea

A. D'Ormea — Una famiglia coreica — Brevi considerazioni di profilassi individuale — *Riforma medica*, 1904, N. 12.

È uno degli esempi più tipici e completi della corea di Huntington Si tratta di una famiglia della campagna ferrarese nella quale già per quattro generazioni la stessa labe ha portato una vera distruzione in forma progressivamente più grave, e non si può per il momento escludere che ne vada esente la quinta, i cui membri non hanno raggiunto ancora l'età adulta; e anzi, come dice il D'Ormea, se si deve giudicare dalla forma assai grave della malattia sofferta dai loro genitori, trova fondamento il timore che essi pure ne abbiano più o meno presto a rimanere vittime.

L'A. nel suo lavoro prende in speciale esame la questione tanto controversa della tendenza al suicidio in questa forma morbosa, e dall'osservazione dei suoi casi è indotto a credere, col Ladame, che la spiccata e quasi costante tendenza al suicidio nei coreici sia più che altro leggendaria e si manifesti anzi con assai minore frequenza che in parecchie altre malattie mentali.

Il fatto poi che nella quarta generazione di questa famiglia, un solo individuo, che non potè essere allattato dalla madre, ha raggiunto circa i 50 anni senza presentare alcuna manifestazione coreica, mentre tutti gli altri ne sono stati colpiti poco oltre i 30 anni, suggerisce all'A. alcune giuste considerazioni di profilassi individuale.

Maggiotto

G. Esposito - Sulle malattie mentali familiari - *Il Manicomio*, A. XIX - N. 2 - 3 - A. XX, N. 1 - 1904.

Da una casistica di 46 infermi appartenenti a 22 famiglie, e accuratamente studiati rispetto alla forma clinica, alla età di comparsa della malattia e alla ereditarietà, con assoluta esclusione di quei casi in cui potesse parlarsi di contagio psichico, l'A. giunge alle seguenti conclusioni:

Digitized by Google

1) Non è possibile, allo stato attuale delle conoscenze cliniche, parlare di malattie mentali familiari, nel senso preciso dato a questa espressione nel nostro lavoro, cioè di malattie presentantisi in parecchi o in tutti i membri di una generazione, in età pressochè uguale e con un carattere di relativa precocità, con una forma clinica distinta, non variabile, e perciò differenziabile dalle comuni sindromi non familiari, con decorso ed esito peculiare.

2) Delle psicopatie ritenute finora come certamente familiari, quali la pazzia gemellare, il suicidio familiare, l'idiotismo familiare, la prima non risponde affatto alle condizioni necessarie per essere detta malattia di famiglia, il suicidio non può essere elevato alla dignità di malattia a sè; l'idiotismo è veramente familiare solo nella forma amaurotica.

3) Rientrando nelle ordinarie sindromi psicopatiche, la forma clinica più frequente nelle psicosi familiari è la frenosi maniaco-depressiva (15 casi), poi la demenza precoce (7 casi). Più rare sono la paralisi progressiva (2 casi), la melancolia (1 caso), la paranoia (1 caso), la pazzia degenerativa (2 casi). Anche frequente è la frenastenia, sotto la forma di imbecillità (3 casi), sia come tale, sia accompagnata da altre turbe mentali accidentali. Questi risultati coincidono con quelli ricavati dallo studio critico sulla letteratura della pazzia gemellare.

4) Esistono casi familiari di malattie mentali, non malattie mentali familiari.

Tali conclusioni, pure per ora un po' troppo assolute, acquistano tanto maggior valore per l'indagine scrupolosa e ben vagliata seguita dall'A., e meritano di essere ribadite da altre più numerose ricerche.

D'Ormea

T. Montagnini - Un caso di eroinomania - *Riforma medica*, 1904, N. 35.

L'A. riporta la storia di una donna che, soffrendo durante il periodo mestruale di gravi coliche uterine, era ricorsa all'uso della morfina tanto da divenire in breve morfinomane. Non essendo riuscita la cura della diminuzione pragressiva, il medico consigliò la sostituzione dell'eroina alla morfina nella speranza di ottenere la guarigione. Ma se in tal modo la paziente dimenticò la morfina, si affezionò tanto al nuovo rimedio da diventare una sfrenata eroinomane e nel termine di un anno presentava il quadro completo della cachessia eroinica. Fu ricoverata al Manicomio di S. Clemente. Riuscì la cura della soppressione graduale del medicamento, e dopo circa quattro mesi la donna era dimessa guarita.

Il caso clinico studiato dal Montagnini (assai somigliante a quello descritto dal Giannelli) dimostra: 1.° non essere esatto che l'organismo non si abituì all'eroina anche quando la dose venga ripetuta a lungo: 2.° che l'uso prolungato può produrre conseguenze disastrose quanto quelle date dalla morfina; 3.° che è da accettarsi con molta riserva il consiglio dell'Eulemburg di adoperare l'eroina in quei malati morfinomani nei quali le condizioni generali siano molto danneggiate.

Maggiotto

Digitized by Google

F. Maggiotto - Un caso di psicosi uremica con sintomi coreiformi. - *Riforma Medica.* Anno XX - N. 20.

L'A. illustra un caso da lui osservato di una inferma di 17 anni, con grave labe ereditaria, che ammalata improvvisamente con insonnia, rifiuto al cibo, eccitamento psico-motorio, tendenza ad offendere sè e gli altri, fu condotta al manicomio con una sindrome in tutto simile a quella della corea. Dopo sei giorni di degenza le condizioni generali si erano aggravate moltissimo; i movimenti coreiformi erano scomparsi: alla sera stessa la paziente morì. La necroscopia rilevò un avanzato processo bilaterale di nefrite parenchimatosa acuta.

L'A. accettando l'ipotesi che la corea sia di natura corticale, interpreta tale sintomatologia ammettendo che le stesse sostanze tossiche, atte a produrre i gravi fenomeni dell'uremia, abbiano agito provocando l'insorgere dei movimenti coreiformi.

D' Ormea

S. Tomasini - Sulla psicosi cocainica - *Il Manicomio* - A. XX, N. 1.

Caso di cocainismo puro, per assorbimento dalla mucosa nasale, in un giovane di 23 anni con labe ereditaria gravissima, il quale ha presentato il tipico quadro sintomatologico della psicosi da intossicazioue cocainica, e di cui è poi completamente guarito. Dall'illustrazione di questo caso, notevole per la forma primaria della intossicazione e per la via di assorbimento del veleno, l'A. prende occasione per svolgere alcune osservazioni sull'azione fisio-patologica della coca e sulla psicosi cocainica. Numerose citazioni bibliografiche arricchiscono l'interessante studio.

D' Ormea

G. Guidi e V. Guerri — Sul ricambio materiale degli epilettici. - *Annali dell' Istituto Psichiatrico della R. Università di Roma* diretti dal Prof. Sciamanna - Vol. III. f. 1 - 1904.

La mancanza di un lavoro completo sul ricambio urinario degli epilettici ha indotto gli A. A. ad istituire delle ricerche che eseguirono sopra malati degenti nella R. Clinica Psichiatrica di Roma. Tali ricerche furono condotte determinando oltre la quantità totale ed il peso specifico; l'azoto totale, l'urea, l'acido urico, l'ammoniaca, l'acido fosforico totale, l'acido fosforico combinato alle terre, e quello combinato agli alcoli, il cloruro di sodio e l'acido solforico.

Dalle esperienze, eseguite col massimo scrupolo, risulta come nel ricambio urinario dell'epilettico, esista una relazione inversa tra eliminazione di urea e dei composti ammoniacali; come tutti i processi catabolici siano rallentati nell'epilettico e vi sia un aumento dell'eliminazione dell'acido fosforico e dell'acido solforico.

Maggiotto

Digitized by Google

L. Zanon — La pressione arteriosa nei pellagrosi. *Rivista pellagrologica italiana* - Maggio 1904.

Valendosi dello sfigmomanometro del Riva-Rocci l'A. ha osservata la pressione sanguigna in 50 casi di pellagra, con turbe psichiche e disturbi trofici pregressi od in atto, praticando complessivamente 400 misurazioni. Dalle numerose sue osservazioni l'A. conclude che la pressione sanguigna arteriosa nei pellagrosi è aumentata, e che si ha quindi in essi una generale o almeno estesissima alterazione vasale. Da tali risultanze che depongono per una alterazione organica nel sistema circolatorio dei pellagrosi, fatto comune a tutte le forme tossiche esogene, fra cui l'avvelenamento alcoolico, l'A. prende le mosse per portare un contributo al riavvicinamento clinico dell'alcoolismo e della pellagra.

D'Ormea

J. Ingegnerios — Simulación de la locura precedido por un estudio sobre la simulacion en la lucha por la vida. — Buenos-Aires, 1903.

L'A. che, come è noto, è direttore degli *Archivos de Antropologia Criminal y Psiquiatria*, ha pubblicato questo grosso volume di 500 pagine, per la di cui importanza è stata fatta già una traduzione italiana.

Premesso un accurato esame dei mezzi adoperati dagli animali inferiori nella lotta per la vita, fra i quali la simulazione occupa un posto importantissimo, l'A. dimostra che la simulazione dei delinquenti non differisce che per la sua complessità da quella adoperata dagli animali. Nel mondo biologico, ovunque è lotta, v'ha sempre simulazione e frode.

La simulazione della pazzia nei criminali è un mezzo di lotta per migliore adattamento contro l'organismo giuridico, per un fine determinato, per uno scopo chiaro, che è quello di sfuggire alla pena e che dimostra coscienza e volontà. Questo genere di simulazione diviene ora più frequente, giacchè la pazzia è una scusante per la pena, e scomparirà quando i provvedimenti che saranno adottati in difesa della Società seguiranno non alla libertà morale del delinquente, ma alla sua temibilità.

L'A., contrariamente a molti altri alienisti e antropologi, fra i quali anche noi modestamente ci schieriamo, sostiene che il delinquente simulatore deve essere classificato fra i *meno psicopatici*.

A parte le divergenze che possono aversi qua e là su qualche idea espressa dall'A., indubbiamente il libro dell'Ingegnieros, del quale non abbiamo dato che un brevissimo sunto, è opera poderosa, densa di concetti moderni e nella quale è fatta giusta parte agli antropologi italiani, fra i quali sono ricordati principalmente Lombroso, Morselli, Ferri, Venturi, Sergi, Sighele, Penta ecc.

Tambroni

Digitized by Google

Lugaro — Una proposta di terapia chirurgica nella pazzia morale. *Rivista di Patologia nervosa e mentale* - Fasc. 7, Luglio 1904.

Negli individui affetti da forme miti di mixdema, lo stato mentale si può riassumere in un arresto di sviluppo più o meno intenso, ma armonico, che frena e circoscrive, ma non disorganizza l'intelligenza. Tutti i processi psichici sono torpidi e rallentati; ma più le estrinsecazioni motorie che le funzioni di reazione e l'intelligenza; e, tra gli affetti, più specialmente quelli che spingono all'azione. Per cui la torpidezza verte più specialmente sui sentimenti espansivi, sugli istinti di predominio e di conquista, che inducono all'azione violenta, all'aggressione altrui. Questo quadro psicologico presenta uno spiccato antagonismo con quello di molti pazzi morali, nei quali, nonostante l'intelligenza normale e l'affettività, si ha un temperamento impulsivo ed irrequieto, pronta reazione alle offese, intolleranza, imprudenza, irriflessività, mancato freno ai desideri. Togliere a questi individui la facoltà alle reazioni precipitate e violente, basterebbe a ricondurli in uno stato pressochè normale; ciò che, secondo l'A. si potrebbe ottenere con una tiroidectomia parziale, dato che l'insufficienza tiroidea dà luogo ad una sindrome diametralmente opposta a quella suesposta. Però, perchè un tale atto operativo non mirerebbe che alla terapia sintomatica dell'irrequietezza e dell'impulsività, non sarebbe applicabile ai casi di criminalità dipendenti da deficenza intellettiva, o solo dei sentimenti di simpatia, con freddo calcolo del delitto. La tecnica operativa imporrebbe il rispetto delle paratiroidi, la cui soppressione determina tetania; il concetto di modificazione del carattere per la soppressione di un viscere, sarebbe giustificato dall'influenza ben cognita delle modificazioni viscerali sul lato affettivo dell'attività psichica, e sugli stessi poteri intellettivi L'A. fa osservare come la sua proposta sia preferibile a quella della castrazione, già indicata per la cura della pazzia morale e di ogni forma degenerativa, sia perchè non deturpa l'individuo, sia perchè, pur modificando solo parzialmente i desideri sessuali riesce ciononostante un efficace contributo alla profilassi sociale. Combatte infine le obbiezioni sulla pericolosità dell'atto operativo, e sulla sua efficacia, ed espone il concetto che esso sia compiuto solo col pieno ed esplicito consenso dei pazienti, la cui personalità generalmente non può ritenersi monca, e la cui coscienza non è offuscata.

SALERNI

G. Garbini e C. Vitali — Sull'azione sedativa ed ipnotica del Veronale nei malati di mente — *Il Manicomio*, 1904, N. 2.

I dottori Garbini e Vitali hanno sperimentato sull'azione sedativa ed ipnotica del Veronale (*Dietilmaloniluurea*) su sessanta malati di varia specie.

Tennero conto con molta diligenza oltre che della durata e della qualità del sonno provocato dal nuovo ipnotico, anche della azione sedativa che

Digitized by Google

questo esercitava nei casi di eccitamento e di più, dell'azione che esso aveva sul polso e sul respiro.

E formularono in proposito 11 conclusioni che riassumiamo in breve.

Il Veronale ha buona azione nelle insonnie da nevrastenia e in quelle p odotte da soppressione di morfina.

È ottimo negli stati depressivi ed ansiosi della pellagra, della malinconia, della ipocondria: l'azione sedativa in questi casi si raggiungeva con gr. 0,50, mentre per l'azione ipnotica occorreva dose doppia.

Utilissimo poi negli stati di grave eccitamento maniaco: però in tali casi occorrevano dosi alte, gr. 1,50 o 2 nella giornata; somministrati a dosi refratte di mezzo grammo l'una a distanza di due ore.

Il Veronale agisce anche in casi di insonnia sostenuta da dolori: sembra però che la sua azione sia solo ipnotica, poichè i dolori non scompaiono che col sonno, ed appena il malato si sveglia riprendono con la primitiva intensità.

Non presenta pericoli per il cuore, per quanto esso abbassi un poco la pressione sanguigna e la temperatura: gli AA. affermano di averlo somministrato a dei cardiopatici e di non avere avuta alcuna conseguenza spiacevele.

L'azione del Veronale è doppia, in rapporto alla dose, di quella che si ottiene con il sulfonal, il trional, l'hedonal.

Mezzo grammo di Veronale corrisponde a 3 grammi di cloralio e ad un milligrammo di ioscina.

In 60 esperimenti non si verificò che un solo caso di intolleranza in un alcoolizzato in periodo acuto.

E anche tale intolleranza, non rappresentata che da senso di pesantezza al capo, non potè essere accertata.

Per clistere il Veronale alla dose di 2 grammi ha dato buoni frutti: ed ha provocato qualche ora di sonno ai malati.

Il Veronale non presenta i pericoli dell'azione cumulativa. Il polso, il respiro, la secrezione urinaria si mantengono normali.

Tali in breve le conclusioni a cui giunsero gli AA. dopo un cospicuo numero di esperienze. Ci è parso utile riassumerle perchè realmente, dati i risultati ottenuti, il Veronale avrebbe su gli altri ipnotici molti vantaggi.

Crediamo però che se gli autori avessero illustrato con maggiore ricchezza di dettaglio l'azione sedativa del Veronale, in rapporto alle varie forme di eccitamento, il lavoro sarebbe riuscito più esauriente.

Quella poi che troviamo veramente trascurata nel loro lavoro, è la relazione sulle ricerche di confronto praticate nei malati tranquilli, alle quali si accenna di volo; e non riusciamo a comprendere come, dato un numero di esperienze assai notevole, essi non abbiano sentito bisogno di controllare l'azione del Veronale su individui normali.

ALBERTI

Digitized by Google

G. Antonini e A. Mariani. — Contributo allo studio della sieroterapia nella pellagra. - Bergamo, 1904.

Queste interessanti ricerche, premiate dal R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere, i cui risultati gli egregi Autori già avevano in gran parte comunicati con note preventive, escono ora riunite in una completa ed elegante monografia pubblicata per cura della Commissione pellagrologica provinciale di Bergamo.

Dopo alcune note preliminari sull' eziologia della pellagra, nelle quali gli A. A. si dichiarano convinti fautori della teorica Lombrosiana: - essere la pellagra il prodotto di una intossicazione determinata dai veleni svoltisi nel mais guasto per azione di microorganismi per sè stessi innocui all' uomo, - vengono a trattare del concetto patogenetico informativo delle loro esperienze. Partendo quindi dal principio che la Pellagra possa considerarsi, nei rispetti della patogenesi, come una intossicazione esogena, alla quale l' organismo possa reagire con quello stesso meccanismo con cui si acquisisce l' immunità dopo la guarigione delle malattie propriamente infettive, gli A. A. si sono formulati i seguenti quesiti:

I. Dato che esista una immunità acquisita per via naturale nel pellagroso vi sarà potere antitossico nel sangue dei pellagrosi guariti?

II. Si potrà determinare una immunità artificiale contro le tossine pellagrogene?

III. Potrà quindi essere istituita con vantaggio la sieroterapia nella pellagra?

Ed è alla soluzione di queste domande che gli A. A. hanno indirizzate le loro esperienze, divise in 6 ordini e condotte con tecnica rigorosa. La terza e più voluminosa parte della memoria è appunto dedicata alla esposizione delle esperienze eseguite parallelamente sugli animali e sugl' infermi, e dalle quali gli A. A. giungono alle seguenti conclusioni:

1.° — Il siero di pellagroso in atto ha un potere tossico di molto superiore a quello di uomo sano o di alienato non pellagroso, e questo potere tossico è in rapporto colla gravità del quadro clinico presentato dal soggetto.

2.° — L'aggiunta di siero di sangue di un pellagroso guarito nelle proporzioni di 1 a 10 al siero di pellagroso in atto esercita un'azione antitossica specifica rilevante.

3.° — L'aggiunta di siero di uomo sano nella stessa proporzione al siero di pellagroso in atto non ne modifica la tossicità, e così pure non viene modificata la tossicità di siero di alienato non pellagroso per l' aggiunta di siero di pellagroso guarito.

4.° — Gli animali intossicati coi veleni di mais e in via di guarigione acquistano un certo grado d' immunità contro il potere tossico del siero di pellagroso in atto, e contro nuove iniezioni di estratti tossici di mais: e l' azione tossica del siero di pellagroso in atto viene neutralizzata da iniezione contemporanea o successiva di siero di pellagroso guarito.

Digitized by Google

5. Il siero di capra, precedentemente intossicata coi veleni del mais guasto, e in via di guarigione esercita una azione antitossica sul siero di pellagroso in atto.

6. Il siero di sangue del pellagroso guarito ha un'azione disintossicante iniettato sottocutaneamente ai malati di tifo pellagroso, e questa azione è proporzionale al grado di immunità naturale acquisita dal pellagroso guarito, poichè si è avuto il miglior successo adoperando il siero di sangue di un pellagroso convalescente di un grave tifo pellagroso.

E in rapporto quindi ai quesiti sopra formulati gli A.A. danno le seguenti risposte:

I. Esiste una immunità acquisita per via naturale e vi è potere antitossico specifico contro i veleni maidici nel sangue dei pellagrosi guariti.

II. Si può determinare una immunità artificiale contro le tossine pellagrogene nel topo, nel coniglio e nella capra.

III. Crediamo possa essere istituita con vantaggio la sieroterapia nella pellagra grave.

Numerose nitide grafiche danno in fine una evidente dimostrazione dei felici risultati ottenuti dagli A.A. sui diversi malati nei quali hanno sperimentata la cura sieroterapica.

Tali fatti, la cui importanza a nessuno può sfuggire, aprono quindi l'adito a nuove speranze per una energica e razionale cura di questa terribile intossicazione che tante vittime miete ogni anno nelle nostre più ridenti campagne e che con sì triste perseveranza continua a popolare i nostri ospedali e i nostri manicomî. Ci auguriamo dunque che gli stessi A.A. ed altri ancora battendo con costanza la promettente via possano confermarci con nuove e numerose prove i lieti auspicii sorti da queste interessanti ricerche.

D' Ormea

Bonvecchiato e Colbachini — Relazioni sanitarie pel 1903 dei Manicomi di S. Clemente e di S. Servolo in Venezia, contenute nella relazione del R. Commissario, avv. cav. Alfredo Ferrara — Venezia, 1904.

Nella bellissima relazione del R. Commissario Ferrara che compendia tutto ciò che in breve tempo è stato fatto in quei due Istituti per migliorarne le condizioni amministrative e sanitarie, e dalla quale emerge che i due Manicomi di Venezia possono oggi competere con molti dei migliori d'Italia, sono contenute due relazioni sanitarie, rispettivamente del dott. Bonvecchiato e del dott. Colbachini. In queste si trovano anche riassunti gli studi sperimentali e le osservazioni cliniche praticate durante l'anno 1903 dai varî componenti quel Corpo Sanitario e che dimostrano manifestamente come alle migliorie apportate all'igiene e all'ordinamento di quei due Istituti corrisponda un forte risveglio scientifico che promette di farli gareggiare fra breve, anche sotto questo punto di vista, coi migliori Manicomî del Regno.

Tambroni

Digitized by Google

Cullerre. — Documentes d'outre mer. *No-restraint et Open-door.* Revue critique - *Annal. méd.-psychologiques* — N. 3 - Mai Juin 1904.

L'A., che, come è noto, ha altra volta (v. *Annales méd.-psychol.* 1896) dato un resoconto della organizzazione di asili per alienati dell'America, fa ora una rivista critica di 13 recenti Relazioni di manicomî americani, occupandosi specialmente della importante questione, in questi ultimi tempi tanto dibattuta, del *no-restraint* e dell'*open-door*, e dice subito che le note da lui esposte potranno portare un certo conforto a coloro che, sforzandosi in buona fede di offrire ai malati affidati alle loro cure la libertà nella più larga misura possibile, hanno potuto sentirsi intimamente umiliati di non aver potuto giungere fino all'ideale preconizzato da qualche campione d'un progresso forse chimerico, in ogni caso molto meno universalmente esteso di quanto si compiace proclamarlo.

Dalla analisi delle suddette Relazioni risulta che l'uso motivato e moderato del *restraint* (mezzi coercitivi e isolamento in cella) è *generale* negli stabilimenti i più perfezionati degli Stati Uniti, come, dice l'A., si osserva in tutti gli asili di Scozia, il paese forse dove il regime degli alienati è sottoposto al controllo il più minuto e illuminato.

Nei detti stabilimenti americani, come mezzi di contenzione si usano le *maniche chiuse*, il *lenzuolo fissatore*, la *camiciola*, la *cintura*, i *guanti*, il *maillot* e il *manicotto.*

Non ostante che i detti stabilimenti siano bene organizzati, forniti di tutti i perfezionamenti moderni, posseggano un numeroso personale di infermieri e di inservienti diplomati, un servizio di guardia speciale per la notte, un numeroso stato maggiore medico, pure anche in quegli istituti si verificano delle digraziate evenienze (suicidî, omicidî ecc.).

Dai rapporti, di cui l'A. rende conto, o non è fatta menzione dell'*open door*, ciò che significa che non è adottato, perchè l'ottimismo abituale ai relatori non avrebbe mancato di farli compiacere di un metodo che è considerato come un progresso decisivo nel trattamento dei malati, o non vi è fatta allusione che in termini poco precisi e talvolta troppo sommarî.

L'A. termina la sua rivista critica dicendo che, in sostanza, gli alienisti degli Stati Uniti, per ciò che concerne il *no-restraint* e l'*open-door*, sembrano unanimi nel pensare che si tratta non già di una dottrina imperativa e di principî assoluti, fuori dei quali non v'ha che eresia e anatema, ma semplicemente di misura di una applicazione molto generale subordinata alle circostanze e alla clinica: e questo punto di vista, aggiunge l'A. è nello stesso tempo razionale e pratico.

In luogo di proclamare dei dogmi, conviene lasciare a ciascuno la libera iniziativa e diffidare di questo snobismo che, in scienza come in altre cose, ci spinge a rincarare la dose sulla opinione del vicino, per paura di figurare da reazionarî. L'essenziale, pur sottoscrivendo largamente alle idee del progresso, è di restare intelligenti.

TAMBRONI

Digitized by Google

NOTIZIE

XII Congresso della Società Freniatrica Italiana, 1904. — Il XII Congresso della Società Freniatrica Italiana avrà luogo in Genova dal 18 al 22 Ottobre p. v.

I temi generali, già stabiliti dal Congresso di Ancona pel Congresso attuale, sono:

1.° Anatomia e fisiologia delle vie di conduzione nervosa extra ed endocellulari. Rel. Dottori Donaggio e Fragnito.

2.° Il concetto attuale delle malattie sistematiche del midollo spinale. Rel. Prof. Bianchi e Dott. Lui.

3.° Le psicosi in rapporto alle fasi fisiologiche della vita (pubertà, menopausa, senilità). Rel. Dottori Angiolella e Obici.

4.° Sulla posizione che spetta al medico alienista di fronte alla Legge e alla Magistratura nelle questioni della capacità civile. Rel. Prof. Tamburini e Dott. Antonini.

Si avverte che nel Congresso di Ancona fu deliberato di non ammettere comunicazioni speciali se non abbiano diretta attinenza coi temi generali suddetti, ammenochè non si tratti di comunicazioni che abbiano un carattere strettamente dimostrativo, sia anatomico, sia sperimentale, sia clinico, e che siano perciò accompagnate dalle relative dimostrazioni.

Una seduta del Congresso sarà però destinata alla Tecnica Manicomiale.

In Genova, sotto la presidenza del Prof. Morselli, un apposito Comitato si sta occupando di tutto quanto concerne la preparazione del Congresso.

Il nuovo Manicomio di Udine. — In meno di due anni con singolare energia la Provincia di Udine si è costruito un manicomio che, come dice il Ferrari, è il primo manicomio moderno che sorge in Italia. È a padiglioni perfettamente isolati e solo congiunti fra loro da viali alberati: non ci sono mura di cinta che nei riparti degli agitati. La illuminazione è elettrica. La disposizione dei locali permette una ripartizione sapiente dei malati, l'isolamento di taluni, la comunione di altri in ambienti tranquilli di lavoro. Il manicomio è in campagna, a circa tre chilometri dalla città: troppo lontano a nostro giudizio. Non v'ha alcuna necessità di costruire i manicomi così distanti dai centri: la campagna è la stessa coi suoi benefici così a cinquecento come a tre mila metri dalla città. Il materiale scientifico si è già organizzato con abbonamenti ai più importanti giornali della specialità, con gabinetti e avrà un considerevole sviluppo. La direzione del nuovo Istituto fu affidata al Prof. Antonini, uomo di mente aperta ad ogni corrente di

Digitized by Google

pensiero moderno, il quale indubbiamente terrà sempre alto il prestigio scientifico e tecnico del Manicomio Come ajuto-direttore fu eletto il Dott. A. D'Ormea nostro caro e bravo compagno di lavoro, che porterà nel suo ufficio, come fece a Ferrara, le notevoli doti della sua mente e del suo animo retto. Ad assistente fu chiamato il Dott. Zanon allievo della Clinica Psichiatrica di Padova.

Manicomio di Arezzo. — Alla direzione del Manicomio di Arezzo fu nominato il Dott. Prof. Arnaldo Pieraccini, vice-direttore del Manicomio di Macerata, che fu già assistente a Ferrara.

Manicomio di Pesaro. — In seguito a collocamento a riposo dell'egregio direttore A. Michetti era stato chiamato a sostituirlo il Dott. L. Frigerio, Direttore del Manicomio di Alessandria, il quale però, per recenti modificazioni dalla Amministrazione portate all'organico del personale di quell'Istituto, ha preferito di non abbandonare il posto che occupa.

Manicomio di S. Servolo in Venezia. — Fra le varie modificazioni avvenute nel personale sanitario ci piace segnalare la nomina a vice-direttore del Dott. Prof. Giulio Obici, già medico assistente nel nostro Manicomio, ajuto alla Clinica Psichiatrica di Padova e primario nello stesso Manicomio di S. Servolo.

Manicomio di Ferrara. — In questi ultimi tempi in questo Manicomio si sono succeduti con speciale rapidità molti giovani medici. Il Dott. Giuseppe Muggia, che occupava il posto di medico assistente dall'Agosto 1901, nell'Aprile 1903 venne chiamato, con migliorate condizioni, al Manicomio di S. Servolo a Venezia. Il Dott. Marco Levi Bianchini, trattenutosi fra noi soltanto dal 1.° Febbraio al 15 Luglio 1903, fu nominato, in seguito a concorso, medico-ajuto nel Manicomio di Girifalco (Catanzaro). Col 17 Luglio dello stesso anno fu nominato a medico assistente il Dott. Ferdinando Maggiotto, il quale alla partenza del Dott. D'Ormea, chiamato, come è stato detto sopra, al posto di ajuto-direttore nel Manicomio di Udine, fu promosso primo medico assistente.

Il posto lasciato vacante per la promozione del Dott. Maggiotto fu coperto dal Dott. Aleardo Salerni, il quale il 31 Agosto u. s. lasciò il nostro Manicomio nominato per concorso medico aggiunto a quello di S. Clemente in Venezia. A sostituire il Dott. Salerni è stato nominato il Dott. Angelo Alberti.

A tutti questi giovani, allievi delle Cliniche di Bologna è di Padova, facciamo i nostri più vivi rallegramenti.

Annunciamo poi con piacere che il nostro Vice-Direttore Dott. Luigi Cappelletti che di recente ottenne per titoli la libera docenza in Clinica delle malattie nervose e mentali presso la R. Università di Modena, è stato nominato professore straordinario di Antropologia criminale nella Università di Ferrara.

Digitized by Google

NECROLOGIE

Il giorno 17 Febbraio u, s. morì a Friburgo in età di 59 anni **Hermann Emminghaus.** Insegnò prima Clinica Psichiatrica all' Università di Dorpat e poi a quella di Friburgo. Produsse molto scientificamente tanto in clinica medica come in quella psichiatrica. Fra le sue opere sono degne di menzione speciale la *Psicologia generale* pubblicata nel 1878, quella sui *Disturbi mentali dell' infanzia*, che fa parte del trattato del Gerhardt, e la *Terapia generale delle malattie mentali* nel Trattato di terapia di Pensoldt e Stïntzing.

Carlo Weigert, il di cui metodo di colorazione a tutti noto costituisce il punto di partenza dell' anatomia moderna e dell' anatomia patologica del sistema nervoso, è morto il giorno 5 Agosto u. s. a Francoforte sul Meno in età di 59 anni. Egli lascia numerose e importantissime opere scientifiche.

Un' altra grave perdita deve lamentare la scienza neurologica in **Gille de la Tourette** morto di recente a Losanna in età di 48 anni. Fu uno degli scolari più eminenti di Charcot e lascia moltissime pubblicazioni fra le quali primeggiano il *Trattato clinico e terapeutico dell' isteria*, Parigi, 1891, e le *Lezioni di clinica terapeutica sulle malattie del sistema nervoso*, Parigi, 1898.

Digitized by Google

MANICOMIO PROVINCIALE DI FERRARA
direttore: R. TAMBRONI

Ricerche sul ricambio materiale nei dementi precoci

SECONDA NOTA
RICERCHE UROLOGICHE
(fosfati, solfati, cloruri, urea, acido urico)

PEI DOTTORI
ANTONIO D'ORMEA e FERDINANDO MAGGIOTTO

Questa seconda serie delle nostre ricerche sul ricambio materiale nei dementi precoci (1) riguarda lo studio dei principali componenti dell' orina; esame che abbiamo iniziato dai fosfati, solfati cloruri, urea ed acido urico, i quali, nel gruppo dei costituenti anorganici i primi e in quello dei composti azotati i secondi, sono indubbiamente gli elementi più importanti, riserbandoci di estendere in seguito le ricerche all' azoto totale e agli altri componenti che abbiamo ora creduto poter tralasciare, perchè, o per la scarsità in cui si trovano nelle orine o per il loro significato fisiologico, hanno per lo scopo delle nostre ricerche un minore interesse.

Allo studio di questi costituenti abbiamo naturalmente associato l' osservazione sulla quantità giornaliera di eliminazione dell' orina e sulla sua densità.

***

Lo studio dei componenti dell' orina ha formato oggetto di ricerche assai numerose anche nel campo della patologia mentale, ma con risultati non sempre concordi, anzi spesso fra di loro contraddicentesi sì da lasciare adito alle maggiori incertezze.

Tale incostanza di reperti oltre che alle speciali condizioni di esperimento, che spesso nonostante la maggiore accuratezza e scrupo-

(1) D'Ormea e Maggiotto — Ricerche sul ricambio materiale nei dementi precoci. Prima nota: La eliminazione del bleu di metilene e del joduro di potassio per via renale. *Giornale di Psichiatria clinica e Tecnica manicomiale*, fasc. I-II, 1904.

Digitized by Google

losità subiscono variazioni tanto notevoli, sono forse attribuibili, almeno in parte, anche al fatto che la maggioranza delle osservazioni piuttosto che a forme mentali ben definite si riferiscono a sindromi, quali l'eccitamento e la depressione, o a stati transitori non sempre caratteristici della malattia presa in esame. Sicchè difficile riesce il confronto dei varî studi, ed il loro collegamento in una deduzione sintetica.

Scorrendo la letteratura sulla eliminazione dell'*acido fosforico* per l'orina vediamo che negli stati maniaci alcuni osservatori ne hanno riscontrato una diminuzione più o meno accentuata, ma costante (Mendel, Vanni e Pons, Addison, Magnan, Ball, Zülzer Lailler, Merson, Stefani), mentre altri ne ammettono un aumento (Lombroso, Sutterland, Türner, Cristiani); più concordi invece sono i risultati che si riferiscono agli stati depressivi. in cui quasi tutti ne hanno osservato una diminuita eliminazione.

Nelle orine dei lipemaniaci Marro (1) notò una diminuzione dell'acido fosforico totale, con un relativo aumento di fosfato di calce; e, prima ancora, Mairet (2) aveva osservato nella iperattività cerebrale un aumento di fosfati terrosi, ma diminuzione dell'acido fosforico totale, che è invece in aumento negli stati parossistici di mania; fatto questo che egli attribuisce alla maggiore attività del sistema muscolare durante l'agitazione. Lui (3) riscontrò una diminuzione assoluta dell'acido fosforico totale tanto nelle forme di eccitamento che nelle lipemaniache.

Anche le osservazioni sugli epilettici sono tutt'altro che concordi, e benchè la maggior parte degli autori ammetta nel periodo dell'attacco convulsivo un aumento nella eliminazione dell'acido fosforico totale per le orine (Reale, Mendel, Lépine e Jacquin, Mairet, Rivano, Agostini) vi è chi invece ne ha notato una diminuzione (Zapolsky, Fiori), od oscillazioni così piccole da non poter stabilire una esatta differenza fra l'orina dei giorni con o senza accesso (Kuhn). Maragliano (4) poi non notò mai aumento dell'acido fosforico nelle orine emesse durante l'accesso epilettico. e non crede vi sia alcun rapporto fra la escrezione dell'acido fosforico e la presenza di malattie nervose.

Da altri invece è ammessa una diminuzione nella eliminazione dei fosfati per le orine nelle malattie croniche del cervello (Mendel),

(1) Marro — Ricerche analitiche sulle orine di persone lipemaniache. *Giornale della R. Accademia di Medicina di Torino*, 1887.

(2) Mairet — De la nutrition du système nerveux a l'état physiol. et pathol. *Archives de Neurologie*, 1884.

(3) Lui — Del ricambio materiale negli alienati. *Rivista sper. di Freniatria*, 1895.

(4) Maragliano — Atti del IX Congresso Medico Italiano, Genova 1882.

Digitized by Google

nella demenza (Decke), nella catalessia (Brock e Strubing), nelle crisi isteriche e manifestazioni equivalenti (Gilles de la Tourette e Cathelineau). mentre nella nevrastenia facilmente se ne trova un aumento (Cappelletti); Dide e Chénais (1) nei dementi precoci avrebbero riscontrato che i fosfati sono eliminati in quantità pressochè normale. Dide (2) nei catatonici con pseudoedema ha trovato che la eliminazione dei fosfati è in alcuni casi normale, in altri diminuita.

Più concordi sono i risultati sulla eliminazione per le orine dell' *acido solforico*, nella quale peraltro conviene notare che si ha grandissima variabilità nel rapporto fra l' acido solforico combinato e il preformato, sia per cause esterne come l' ingestione di sostanze aromatiche (Albertoni, Boas, Baumann), che per cause morbose, come processi di putrefazione intestinale o di infezioni. Così Vitali (3) trovò aumento di solfati nelle malattie acute in cui si ha una esaltazione del processo di ossidazione organica, e diminuzione nelle malattie in cui è abbassato il processo di ematosi.

Nel campo delle malattie mentali sono interessantissime le ricerche del Marro (4) il quale in diverse psicosi (lipemania ansiosa e catatonica, melancolia, frenosi paralitica, pseudoparalisi alcoolica, pazzia circolare, demenza consecutiva, mania ebefrenia) riscontrò una notevole diminuzione nella quantità totale dei solfati, con aumento dell' acido solforico eterificato. A risultati simili è pure giunto Rossi (5), il quale osservò negli stati mentali depressivi una diminuzione di eliminazione quantitativa di acido solforico totale e di acido solforico combinato, associato a diminuzione di urea.

Sulla eliminazione dei *cloruri* per le orine nelle malattie mentali le ricerche sono in minor numero. Ci limiteremo pertanto a citare i risultati del Merson (6), che negli stati di eccitamento trovò diminuzione dei cloruri; fatto che pure constatò Agostini (7) negli epilettici; mentre recentemente Dide e Chénais (8) nei demenți pre-

(1) Dide et Chénais — Recherches urologiques et hématologiques dans la démence précoce. *Annales Médico - Psychologiques*, 1902.

(2) Dide — Le pseudo-oedème catatonique. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1903.

(3) Vitali — Sinossi dell'urina umana.

(4) Marro — l. c.

(5) Rossi — L'acido solforico nelle orine dei pazzi. *Annali di Freniatria*, 1894.

(6) Merson — Citato da Lui.

(7) Agostini — Sul chimismo gastrico e sul ricambio materiale degli epilettici in rapporto al valore delle auto-intossicazioni nella genesi dell'accesso convulsivo. *Rivista sper. di Freniatria*, 1896.

(8) Dide et Chénais — l. c.

Digitized by Google

coci ne avrebbero osservato un evidente aumento; e Dide (1) in catatonici con pseudo-edema una eliminazione pressochè normale o superiore alla norma, generalmente minore nello stato di agitazione senza edema, maggiore nello stato di stupore ed edema. Anche nei nevrastenici secondo De Fleury (2) si avrebbe un eccesso di cloruri.

Assai più numerosi, ma non molto concordi sono gli studi sulla eliminazione, nelle malattie mentali, dell' *urea e dell' acido urico.*

Nelle forme depressive quasi tutti gli osservatori ammettono una diminuzione nella quantità giornaliera dell' urea eliminata; nell'eccitamento maniaco invece alcuni ne riscontrarono una diminuzione (Mendel, Addison, Magnan, Türner), altri un aumento (Merson, Sutherland, Mairet), altri infine una quantità pressochè normale (Lailler).

Cristiani (3), studiando numerose malattie mentali, ha trovato aumento dell' urea nella frenosi alcoolica e negli accessi epilettici; una eliminazione pressochè normale nel delirio maniaco, nelle donne con eccitamento maniaco, nella lipemania agitata, nell' imbecillità, nel periodo iniziale della demenza paralitica e nelle psicopatie insorte in epilettici; una diminuzione, più o meno accentuata, negli uomini in eccitamento maniaco, nella lipemania, nella paranoia, nella demenza volgare, nello stadio terminale della demenza paralitica, nella forma depressiva dell' epilessifrenia e nelle frenosi insorte in soggetti isterici. Marro (4) trovò negli alienati in genere scarsezza di urea in confronto della quantità di azoto contenuta negli alimenti introdotti; e negli stati mentali depressivi una diminuzione nella eliminazione quantitativa di urea. Wiedermeister (5) in un alienato guarito da una forte poliuria, e curato con piperazina e bagni elettrici, notò nel periodo di miglioramento un enorme aumento di acido urico, persistente anche dopo la sospensione della piperazina, sicchè egli si chiede se il quarto ventricolo sia stato direttamente influenzato dalla corrente elettrica. Lui (6) riscontrò tanto nelle forme di eccitamento che nelle lipemaniache, unita alla diminuzione dell' acido fosforico, una diminuzione assoluta dell' urea. Stefani (7) nella fase depressiva di una

(1) Dide — l. c.

(2) De Fleury — Les grands symptòmes neurastèniques; Paris, 1901.

(3) Cristiani — Sui prodotti del ricambio materiale nelle alienazioni mentali. *Archivio di Psichiatria e Scienze penali*, 1889.

(4) Marro — La razione alimentare dell' alienato povero.

(5) Wiedermeister — Fortgesetzte Mitthéilung eines Falles von Polyurie bei einer Gehirnkranken. *Neurol. Centralblatt*, 1893.

(6) Lui — l. c.

(7) Stefani — Sulla eliminazione dell' acido fosforico per l'orina nella fase depressiva di una forma ciclica. *Rivista sper. di Freniatria*, 1895.

Digitized by Google

forma circolare riscontrò diminuzione nella eliminazione dell' urea associata a diminuzione assai forte dell' acido fosforico. Anche nella melancolia Melville Hibbard (1) avrebbe riscontrato diminuzione dell' urea ed acido urico; ed altrettanto, rispetto all' urea, Dide e Chénais (2) affermano avvenga nei dementi precoci.

Negli epilettici Teeter (3) riscontrò costante diminuzione dell'urea; Agostini (4) ha osservato che nel periodo prodromico dell'attacco convulsivo ed anche nel periodo normale si ha una minore secrezione delle sostanze azotate, che poi aumenta dopo un violento accesso motorio; e Martinotti (5) ha notato che il rapporto dell'azoto dell' urea e dell' azoto totale è alquanto al di sotto della norma. Generalmente si è constatato che la eliminazione dell' urea e dell'acido urico negli epilettici è d' ordinario al di sotto della norma, mentre dopo l' accesso convulsivo essa aumenterebbe (Voisin e Petit, Mairet e Vires, Rivano, Alessi Smyth (6).

Nei nevrastenici De Fleury (7) ha riscontrato un eccesso di acido urico in rapporto all' urea; Cappelletti (8) però nota come in tali infermi il reperto quantitativo dei componenti dell' urina non sia sempre costante o si contenga nelle reciproche ordinarie proporzioni; così è assai variabile la eliminazione dell' acido urico (Savary Pearce, Putzar).

Nel passare ad esporre le esperienze da noi eseguite, faremo precedere una breve descrizione del metodo seguito per le ricerche.

METODO DELLE RICERCHE

Abbiamo continuate le nostre esperienze sempre negli stessi infermi sui quali già facemmo le precedenti ricerche sul ricambio materiale con lo studio della eliminazione del bleu di metilene e del joduro di potassio per via renale, scegliendo per ciò fra di essi sei uomini ed

(1) C. Melville Hibbard — La secrezione dell' urea e dell' acido urico nella melancolia. *The American Journal of Insanity*, 1898.

(2) Dide et Chénais — l. c.

(3) N. Teeter — Rapporto fra l' urea e l' epilessia. *The American Journal of Insanity*, 1894.

(4) Agostini — l. c.

(5) Martinotti — Rapporto fra l' azoto dell' urea e l' azoto totale nelle urine di alcuni epilettici; *Annali di Freniatria*, 1898.

(6) Vedi: Pini — L'epilessia. Milano, 1902.

(7) De Fleury — l. c.

(8) Cappelletti — Nevrastenia. Milano, 1904.

Digitized by Google

altrettante donne, in egual proporzione fra gli ebefrenici, catatonici e paranoidi, e dando la preferenza a quelli che, al quadro più spiccato della malattia ed alle condizioni ottime di salute fisica, univano una relativa docilità che potesse dare il maggiore affidamento per la esatta raccolta delle orine delle 24 ore

Abbiamo preferito continuare le ricerche sempre sugli stessi infermi, piuttosto che su altri, per dare al nostro studio una maggiore unità non solo nell' indirizzo, ma anche nei risultati delle diverse serie di esperienze. Anche questa volta quindi abbiamo lasciato i nostri malati al loro regime dietetico abituale, di natura mista e diviso in tre pasti quotidiani nel modo seguente: alle ore 8 colazione (latte decilitri 2; pane gr. 150); alle ore 12 desinare (minestra in brodo o asciutta ed una volta per settimana di fagiuoli gr. 90; carne lessata o in umido ed una volta per settimana pesce gr. 70; pane gr. 200; vino decilit. 1); ore 17 cena (carne o formaggio o legumi gr. 50; pane gr. 150; vino decilit. 1). Durante il periodo di raccolta dell' orina, che andava dalle 9 di un mattino alle 9 del mattino seguente, gl' infermi erano tenuti in riposo assoluto, per evitare che il sistema di vita non fosse per tutti uniforme; e prima di ogni esperienza un accurato esame somatico del paziente ne accertava il buono stato di salute fisica.

Per ogni malato l' esame delle orine si è ripetuto per sei giorni, per la ricerca dei composti minerali, e successivamente per altri sei giorni per la ricerca dei composti azotati, e sempre in modo saltuario; per uno solo di essi tutte le ricerche si sono fatte contemporaneamente ed in giorni consecutivi.

L' orina raccolta nelle 24 ore veniva subito sottoposta ad un accurato esame generico, per accertarsi dello stato normale della funzione renale; quindi si iniziavano le ricerche su quegli elementi che formavano oggetto del nostro studio facendole sempre precedere dalla osservazione della densità e quantità totale delle 24 ore.

Per l' esame quantitativo dei *fosfati* abbiamo seguito il metodo del dosamento dell' acido fosforico totale. Cinquanta cc. di urina, accuratamente filtrati, cui venivano aggiunti 5 cc. di una soluzione di acetato di soda, erano portati alla ebollizione; su questi poi a goccia a goccia veniva versata una soluzione di azotato di uranio, titolata con la soluzione normale di fosfato acido di ammoniaca secco, fino a che una goccia del liquido messa a contatto con una goccia della soluzione di ferrocianuro potassico al 10 0[0, usato come indicatore, dava la colorazione bruno-rossa caratteristica.

Dalla quantità di soluzione di uranio adoperata per ottenere questo risultato si determinava, col noto calcolo, l' acido fosforico totale, prima nei 50 cc. di urina adoperati, poi nella quantità totale delle 24 ore.

Digitized by Google

Per la ricerca dei *solfati* ci siamo serviti di una soluzione titolata di $BaCl_2$ che veniva aggiunta a goccia a goccia a 50 cc. di orina portata alla ebollizione e in precedenza acidificata con acido cloridrico. Come indicatore abbiamo adoperato una soluzione di solfato di potassio all' 1 0[0, una goccia della quale, unita ad un' altra della miscela contenente del $BaCl_2$ libero, dà il precipitato bianco di solfato di bario.

Il dosaggio dei *cloruri* è stato da noi eseguito operando su 10 cc. di orina, cui ne erano aggiunti altrettanti di una soluzione di permanganato potassico al 5 0[00. Abbiamo data la preferenza al permanganato in confronto del nitrato, da alcuni usato, perchè la presenza dei nitrati può influire sul buon esito dell' operazione. Tale quantità di orina veniva calcinata, il residuo disciolto in H_2O distillata, e al liquido ottenuto, dopo filtrazione, venivano aggiunte una o due goccie di una soluzione al 10 0[0 di cromato giallo di potassa; allora in tale miscela si faceva cadere a goccia a goccia una soluzione titolata di $AgNO_3$, arrestandoci dall' aggiungerne quando la comparsa del precipitato rosso di cromato di Ag ci indicava che tutto il NaCl era stato trasformato in $AgCl_2$. Dalla quantità di soluzione di $AgNO_3$ adoperata si veniva a determinare, col metodo usuale, la quantità di NaCl e Cl contenuto nell' orina esaminata. Abbiamo procurato sempre che il liquido da sottoporre all' esame avesse reazione neutra perchè in tale condizione mentre si permette la precipitazione del $AgCl_2$ si impedisce la dissoluzione del precipitato di cromato di Ag.

Per la determinazione dell' *urea* ci siamo serviti dell' urometro a Hg dell' Y v o n, e l' N era messo in libertà dalla soluzione di ipobromito sodico. Operando sempre di confronto con una soluzione titolata di urea al 2 0[00 ci siamo sottratti agli errori dati dalle variazioni di temperatura e di pressione dei giorni in cui erano fatti gli esami.

Per la ricerca dell' *acido urico* abbiamo accuratamente filtrata una determinata quantità di orina (250 cc.) previa aggiunta di alcune goccie di acido acetico; se l' urina era torbida prima di essere filtrata veniva riscaldata per permettere che si disciogliessero gli urati. Al filtrato posto in un bicchiere a fondo tondo, erano aggiunti 3 cc. di HCl per 100 cc. di urina; e dopo aver bene agitato si lasciava riposare per 24 ore in un luogo fresco e tranquillo. Poscia il liquido veniva passato attraverso un filtro senza pieghe di carta B e r z e l i u s preventivamente esiccato alla stufa e tarato, ed il bicchiere lavato più volte fin che nessun cristallino di acido urico fosse rimasto aderente alle pareti e continuando fin che l' acqua di lavaggio non era più acida. Il precipitato deposto sul filtro era lavato con alcool per liberarlo dalle materie coloranti che poteva aver trasportato con esso e dall' acido ippurico che avesse potuto precipitarsi nello stesso tempo; poi, convenientemente esiccato alla

Digitized by Google

stufa, veniva pesato su bilancia sensibile al millgr. e detratta la tara del filtro; in tal modo si conosceva il peso dell' acido urico della quantità d' urina adoperata e quindi, con una proporzione, di tutta l' orina delle 24 ore.

Considerando però che non tutto l' acido urico si precipita nella urina carica di HCl, seguendo quanto consiglia l' Yvon (1), abbiamo compensato a questa causa di errore aggiungendo al peso trovato gr. 0,0045 di acido urico per ogni 100 cc. di acqua di lavaggio e di orina.

RISULTATI

I — *Negli individui normali*

Per quanto potesse sembrare superfluo ripetere ancora su individui normali queste ricerche, delle quali in ogni trattato si trovano i risultati più esatti, tuttavia abbiamo qui pure creduto opportuno, come nelle ricerche precedenti di far precedere alle esperienze sui demenți alcuni esami su persone normali, che per ambiente, sistema di vita e di alimentazione si trovassero in condizioni il più possibilmente simili a quelle degli infermi da noi studiati; e ciò allo scopo di rendere il confronto più perfetto ed efficace e di eliminare anche quelle lievi cause di errore che possono provenire dalle speciali condizioni di esperimento e dal criterio personale di ogni osservatore nel giudicare il grado di intensità delle reazioni chimiche.

I risultati nostri peraltro, come era a prevedersi, non si sono allontanati affatto dalla norma, sicchè stimiamo inutile riferirli.

Riporteremo invece, per comodità del lettore, i dati che dei caratteri generali dell' orina e dei componenti da noi presi in esame ci dànno i principali trattati (Bunge (2); Yvon (3); Landois (4); Albertoni e Stefani (5); Bottazzi (6); Luciani (7).

---

(1) Yvon — Manuale pratico per le analisi delle urine - Napoli, 1896; pag. 66.
(2) Bunge — Trattato di Chimica fisiologica e patologica - lezione 19ª.
(3) Yvon — l. c.
(4) Landois — Trattato di fisiologia dell' uomo - Parte prima.
(5) Albertoni e Stefani — Manuale di fisiologia umana.
(6) Bottazzi — Chimica fisiologica - Vol. II - capit. 14°.
(7) Luciani — Fisiologia dell' uomo - Vol. I - capit. 21°.

Digitized by Google

Orine delle 24 ore

	oscillazioni	media
Quantità totale	cc. 1200-1600	cc. 1400
Densità.	1016-1025	1020
Urea	gr. 25-34	gr. 30
Acido urico	» 0,2-1,4	» 0,8
Cloruro di sodio	» 10-15	» 12
Acido solforico	» 1,5-3	» 2
Acido fosforico	» 2-3,5	» 3

II — *Nei dementi precoci*

Nella esposizione di questi risultati seguiremo qui pure l'ordine tenuto nella nostra nota precedente, dividendoli in tre gruppi rispondenti alle tre forme delle demenza precoce: ebefrenica, catatonica e paranoide, e facendo precedere in ciascun gruppo le osservazioni che si riferiscono agli uomini.

E siccome gli ammalati da noi presi in esame in questa seconda serie di ricerche sono stati scelti, come si è detto, fra quelli già da noi studiati per la eliminazione del bleu di metilene e del joduro di potassio per via renale, così abbiamo creduto superfluo ripetere per ognuno di essi l'intero bozzetto anamnestico, e ci siamo limitati ad esporre le condizioni fisiche e psichiche del malato durante il periodo delle esperienze, richiamando però sempre l'osservazione della nota precedente, indicata dal numero romano posto fra parentesi immediatamente dopo al numero d'ordine delle osservazioni attuali. Ciò renderà possibile e più facile, a chi interesserà, il raffronto fra le due serie di esperienze sullo stesso infermo.

La esposizione dei nostri risultati faremo in modo strettamente obbiettivo e scevro da ogni commento, riserbandoci solo per la fine le conclusioni ed alcune considerazioni sui risultati complessivi.

Digitized by Google

A — Ebefrenici

a) Uomini

Osservazione I. (IV) — M. Antonio (Cart. N. 1935) d'anni 40, celibe, carrettiere.

Entrato in manicomio nel dicembre 1887.

Diario delle esperienze - L'infermo è stato quasi sempre tranquillo e docile. Fisicamente gode ottima salute. L'esame delle urine ha dato sempre esito negativo per l'albumina, glucosio e pigmenti biliari.

Risultati delle esperienze

N.° delle esperienze	FOSFATI — SOLFATI — CLORURI							UREA — ACIDO URICO						
	Esami delle orine							Esami delle orine						
	Data	Quantità delle 24 ore	Peso specifico	P_2O_5 totale	H_2SO_4 totale	NaCl	*Osservazioni*	Data	Quantità delle 24 ore	Peso specifico	Urea	Acido urico	*Osservazioni*
	1904	cc.		gr.	gr.	gr.		1904	cc.		gr.	gr.	
1	Gen.24-25	1330	1016	1,987	2,101	15,252		Feb.25-26	1750	1013	21,025	0,172	
2	» 27-28	1760	1015	1,530	2,076	23,100		Marzo 3-4	1230	1015	20,525	0,364	
3	» 30-31	1190	1017	1,655	1,761	16,704		» 15-16	1040	1019	18,200	0,434	
4	Feb. 1-2	1120	1019	1,728	1,804	13,000		» 18-19	1530	1018	21,256	0,277	vitto di pesce
5	» 4-5	1460	1016	1,650	1,722	16,983		» 20-21	1440	1015	20,612	0,326	
6	» 5-6	1100	1017	1,615	1,743	14,172	vitto di pesce	» 22-23	840	1014	16,180	0,297	
Media delle esperienze		1326	1017	1,694	1,867	16,535		Media delle esp.	1305	1015,7	19,633	0,311	

Digitized by Google

Osservazione II. (V) - M. Vittorio (Cart. N 2891) d'anni 44, celibe, impiegato. Entrato in manicomio nell'ottobre 1890.

Diario delle esperienze - L'infermo è stato sempre tranquillo - È da notarsi che nei varî giorni degli esami, si è sempre alimentato poco. Nulla a carico della vita vegetativa - L'esame delle urine dà reperto negativo per l'albumina, glucosio e pigmenti biliari.

Risultati delle esperienze

N.° delle esperienze	FOSFATI — SOLFATI — CLORURI							UREA — ACIDO URICO					
	Esami delle orine							Esami delle orine					
	Data	Quantità delle 24 ore	Peso specifico	P_2O_5 totale	H_2SO_4 totale	NaCl	*Osservazioni*	Data	Quantità delle 24 ore	Peso specifico	Urea	Acido urico	*Osservazioni*
	1904	cc.		gr.	gr.	gr.		1904	cc.		gr.	gr.	
1	Gen. 17-18	725	1030	1,598	2,262	11,760		Feb. 25-26	630	1023	12,537	0,391	u. tor. p. urati
2	» 27-28	1170	1022	1,488	2,116	10,200		Marzo 3-4	820	1019	18,500	0,254	
3	» 30-31	1010	1021	1,473	1,515	13,000		» 4-5	700	1029	12,740	0,109	vitto di pesce
4	Feb. 1-2	750	1025	1,408	1,535	14,022		» 5-6	510	1031	13,311	0,127	
5	» 3-4	630	1026	1,023	1,121	7,749		» 7-8	520	1026	15,600	0,331	
6	» 5-6	590	1021	0,869	1,085	12,087	vitto di pesce	» 8-9	500	1028	15,000	0,213	ur. torbide l'infermo ha mangiato poco
	Media delle esperienze	812	1024	1,309	1,606	11,436		Media delle esp.	613	1026	14,613	0,237	

Digitized by Google

b) Donne

Osservazione III. (VIII) — M. Augusta (Cart. N. 3713) d'anni 32, maritata con figli, massaia.

Entrò, per la seconda volta, al manicomio nell'ottobre 1902.

Diario delle esperienze - L'inferma è stata sempre assai tranquilla e docile.

Fisicamente sta bene - Nell'esame delle urine negativa la ricerca dell'albumina, del glucosio e dei pigmenti biliari.

Risultati delle esperienze

N.° delle esperienze	FOSFATI — SOLFATI — CLORURI							UREA — ACIDO URICO					
	Esami delle orine							Esami delle orine					
	Data	Quantità delle 24 ore	peso specifico	P_2O_5 totale	H_2SO_4 totale	NaCl	*Osservazioni*	Data	Quantità delle 24 ore	Peso specifico	Urea	Acido urico	*Osservazioni*
	1904	cc.		gr.	gr.	gr.		1904	cc.		gr.	gr.	
1	Gen. 15-16	880	1017	0,975	1,989	11,448	vitto di pesce	Feb. 22-23	1180	1011	10,325	0,323	
2	» 18-19	1168	1020	1,794	1,985	13,334		» 25-26	1120	1015	15,136	0,123	
3	» 22-23	710	1025	0,971	1,563	8,532	u. tor. p. urati	» 28-29	1200	1012	10,200	0,231	
4	» 29-30	1220	1015	1,099	1,366	12,120	vitto di pesce	Marzo 2-3	540	1019	11,124	0,131	
5	» 30-31	910	1016	1,046	1,383	16 317		» 4-5	1060	1016	16,218	0,204	vitto di pesce
6	Feb. 1-2	970	1024	1,602	1,784	13,664	u. tor. p. urati	» 7-8	1110	1018	18,870	0,391	
	Media delle esperienze	976	1019	1,248	1,645	12,569		Media delle esp.	1035	1015	13,979	0,234	

Digitized by Google

Osservazione IV. (IX) — R. Margherita (Cart. N. 3514) d'anni 37, coniugata senza figli, operaia.

Entrata al manicomio nel dicembre 1900.

Diario delle esperienze - L'inferma è stata sempre molto disordinata e talvolta anche agitata; si è però riusciti a raccogliere sempre tutta l'orina delle 24 ore. L'esame somatico non rivela alcuna lesione degna di nota, solo uno stato di magrezza - L'esame delle urine dà negativa la ricerca dell'albumina, del glucosio e dei pigmenti biliari.

Risultati delle esperienze

N.° delle esperienze	FOSFATI — SOLFATI — CLORURI							UREA — ACIDO URICO					
	Esami delle orine							Esami delle orine					
	Data	Quantità delle 24 ore	Peso specifico	P_2O_5 totale	H_2SO_4 totale	NaCl	*Osservazioni*	Data	Quantità delle 24 ore	Peso specifico	Urea	Acido urico	*Osservazioni*
	1904	cc.		gr.	gr.	gr.		1904	cc.		gr.	gr.	
1	Gen. 19-20	725	1025	1,335	1,624	7,000		Feb. 22-23	820	1025	13,325	0,210	u. tor. p. urati
2	» 25-26	1030	1023	1,376	1,915	18,180		» 25-26	900	1022	16,900	0,291	»
3	» 26-27	760	1021	1,144	1,420	11,205	molto agit.	Marzo 1-2	400	1024	8,720	0,114	»
4	» 28-29	990	1018	1,301	1,504	11,340		» 5-6	830	1023	17,347	0,136	»
5	» 30-31	960	1018	0,983	1,747	14,842		» 11-12	900	1021	15,783	0,441	vitto di pesce
6	Feb. 1-2	1150	1015	1,666	1,748	11,983		» 12-13	670	1026	17,621	0,312	
	Media delle esperienze	936	1020	1,302	1,659	12,425		Media delle esp.	753	1023	14,949	0,251	

Digitized by Google

B. — Catatonici

a) Uomini

Osservazione V (XII) — C. Giuseppe (Cart. N. 2553) d'anni 35, celibe, operaio.

È entrato nel manicomio nel giugno 1893.

Diario delle esperienze - Il paziente nei giorni di esperienza è stato sempre tranquillo e docile. Fisicamente nulla presenta di abnorme. L'esame delle urine dà negativa la ricerca dell'albumina, glucosio, e pigmenti biliari.

Risultati delle esperienze

N.° delle esperienze	FOSFATI — SOLFATI — CLORURI							UREA — ACIDO URICO					
	Esami delle orine						Osservazioni	Esami delle orine					Osservazioni
	Data	Quantità delle 24 ore	Peso specifico	P_2O_5 totale	H_2SO_4 totale	Na Cl		Data	Quantità delle 24 ore	Peso specifico	Urea	Acido urico	
	1904	cc.		gr.	gr.	gr.		1904	cc.		gr.	gr.	
1	Gen. 15-16	1240	1022	2,182	2,529	20,204	vitto di pesce	Feb. 27-28	1150	1020	17,825	0,318	
2	» 18-19	1460	1019	2,569	2,540	9,676		Marzo 2-3	1220	1015	18,300	0,161	
3	» 20-21	1060	1024	1,784	1,908	17,739		» 6-7	1270	1010	15,240	0,270	
4	» 26-27	1720	1018	1,804	2,270	17,020		» 9-10	1215	1015	19,169	0,331	
5	» 29-30	1390	1016	1,164	1,891	22,098	vitto di pesce	» 11-12	590	1022	15,635	0,281	
6	Feb. 1-2	1170	1017	1,616	1,731	18,400		» 19-20	1150	1020	19,090	0,368	
	Media delle esperienze	1340	1019	1,853	2,144	17,523		Media delle esp.	1099	1017	17,543	0,288	

Digitized by Google

Osservazione VI. (XIV) — S. Antonio (Cart. N. 2663) d'anni 46, celibe, possidente.

Ricoverato nel manicomio nel febbraio 1895.

Diario delle esperienze - Il paziente si è sempre prestato docilmente. Nulla all'esame fisico. Nelle urine assenza di albumina, glucosio e pigmenti biliari.

Risultati delle esperienze

N.° delle esperienze	FOSFATI — SOLFATI — CLORURI						UREA — ACIDO URICO		
	Esami delle orine						Esami delle orine		
	Data	Quantità delle 24 ore	Peso specifico	P_2O_5 totale	H_2SO_4 totale	NaCl	Urea	Acido urico	*Osservazioni*
	1904	cc.		gr.	gr.	gr.	gr.	gr.	
1	Marzo 4-5	790	1030	1,452	2,038	15, 505	17, 538	0, 237	vitto di pesce
2	» 5-6	560	1032	0,761	1,736	11, 424	15, 456	0, 233	
3	» 6-7	830	1010	1,354	1,932	19, 505	21, 746	0, 342	
4	» 7-8	940	1028	1,605	1,917	15, 604	19, 740	0, 332	
5	» 8-9	730	1026	1,515	1,795	18, 081	19, 710	0, 337	
6	» 9-10	660	1028	0,849	1,610	13, 002	15, 180	0, 354	
Media delle esperienze		751	1025	1,256	1,838	15, 503	18, 228	0, 306	

Digitized by Google

b) Donne

Osservazione VII. (XVII) — B. Luisa (Cart. N. 3558) d'anni 28 nubile, stiratrice.

Entrata nel manicomio nel maggio 1901.

Diario delle esperienze - L'inferma si è sempre sottoposta docilmente alle ricerche, e si è mantenuta sempre tranquillissima. Nell'esame fisico nulla di speciale. Nell'esame delle urine negativa la ricerca dell'albumina, del glucosio e dei pigmenti biliari.

Risultati delle esperienze

N.° delle esperienze	FOSFATI — SOLFATI — CLORURI							UREA — ACIDO URICO					
	Esami delle orine							Esami delle orine					
	Data	Quantità delle 24 ore	Peso specifico	P_2O_5 totale	H_2SO_4 totale	NaCl	*Osservazioni*	Data	Quantità delle 24 ore	Peso specifico	Urea	Acido urico	*Osservazioni*
	1904	cc.		gr.	gr.	gr.		1904	cc.		gr.	gr.	
1	Gen.20-21	1180	1015	1,363	1,605	13,572	vitto di pesce u.tor.p.urati	Feb.24-25	1170	1011	12,519	0,375	u.tor.p.urati
2	» 22-23	935	1023	1,412	1,995	18,300		» 27-28	1040	1019	13,520	0,324	»
3	» 24-25	690	1025	1,178	2,014	12,397		Mar. 1-2	770	1021	15,400	0,112	»
4	Feb. 2-3	1150	1016	1,233	1,587	20,910	u.tor.p.urati	» 2-3	850	1023	17,530	0,371	»
5	» 4-5	765	1017	0,915	1,117	13,940	u.tor.p.urati	» 6-7	1020	1022	20,400	0,381	»
6	» 5-6	940	1021	1,153	1,485	17,680		» 11-12	1000	1017	16,000	0,321	vitto di pesce
	Media delle esperienze	943	1018	1,209	1,634	16,133		Media delle esp.	975	1018	15,895	0,314	

Digitized by Google

Osservazione VIII. (XVIII) — P. Angela (Cart. N. 2917) d' anni 29, nubile, campagnola.

Entrata nel manicomio nel settembre 1891.

Diario delle esperienze - Nulla di notevole ha presentato l'inferma, che si è sempre mantenuta tranquilla e docile. Nulla si riscontra all' esame obbiettivo somatico. Nell' esame delle urine sempre negativa la ricerca dell' albumina, del glucosio e dei pigmenti biliari.

Risultati delle esperienze

FOSFATI — SOLFATI — CLORURI							UREA — ACIDO URICO						
Esami delle orine							Esami delle orine						
Data	Quantità delle 24 ore	Peso specifico	P_2O_5 totale	H_2SO_4 totale	NaCl	*Osservazioni*	Data	Quantità delle 24 ore	Peso specifico	Urea	Acido urico	*Osservazioni*
1904	cc.		gr.	gr.	gr.		1904	cc.		gr.	gr.	
Gen. 20-21	1150	1018	1,646	1,932	9,648		Feb. 24-25	1650	1012	13,035	0,239	
» 23-24	1215	1014	1,251	1,807	14,025		Marzo 3-4	840	1016	11,088	0,293	
» 25-26	1098	1020	1,385	1,569	11,088		» 4-5	790	1021	15,800	0,143	vitto di pesce
» 27-28	812	1017	0,940	1,559	10,500		» 7-8	1020	1016	13,770	0,260	
» 29-30	1020	1018	0,960	1,510	14,790	vitto di pesce	» 9-10	770	1018	11,034	0,217	
Feb. 1-2	990	1019	1,032	1,603	11,771		» 10-11	670	1018	10,385	0,273	
Media delle esperienze	1047	1017	1,202	1,663	11,970		Media delle esp.	957	1017	12,518	0,237	

Digitized by Google

C. — Paranoidi

a) Uomini

Osservazione IX. (XXIII) — M. Giuseppe (Cart. N. 3593) d' anni 36, coniugato, impiegato.

Si trova al manicomio dall aprile del 1902.

Diario delle esperienze - Il malato si è docilmente prestato alle esperienze, ed è sempre stato tranquillo. Fisicamente gode ottima salute. Nelle urine è sempre stata riscontrata l' assenza dell' albumina, del glucosio e dei pigmenti biliari.

Risultati delle esperienze

N.° delle esperienze	FOSFATI — SOLFATI — CLORURI							UREA — ACIDO URICO						
	Esami delle orine							Esami delle orine						
	Data	Quantità delle 24 ore	Peso specifico	P_2O_5 totale	H_2SO_4 totale	NaCl	*Osservazioni*	Data	Quantità delle 24 ore	Peso specifico	Urea	Acido urico	*Osservazioni*
	1904	cc.		gr.	gr.	gr.		1904	cc.		gr.	gr.	
1	Gen. 19-20	860	1017	1,756	1,565	18,126		Feb. 23-24	700	1020	15,750	0,302	
2	» 23-24	830	1010	0,854	1,593	14,024		» 28-29	1210	1014	12,705	0,149	
3	» 26-27	870	1015	0,987	1,548	12,342		Marzo 1-2	1140	1018	15,675	0,128	
4	Feb. 1-2	750	1020	1,029	1,361	13,562		» 18-19	1180	1016	14,278	0,251	vitto di pesce
5	» 3-4	700	1015	0,852	1,064	9,220		» 20-21	870	1014	17,400	0,376	
6	» 5-6	660	1020	1,115	1,201	13,806	vitto di pesce u. tor. p. urati	» 22-23	1020	1015	16 280	0,321	
Media delle esperienze		780	1016	1,099	1,388	13,513		Media delle esp.	1020	1016	15,348	0,254	

Digitized by Google

Osservazione X. (XXV) — M. Curio (Cart. N. 1126) d'anni 64, celibe, possidente.

Entrato in manicomio la prima volta nel novembre 1873 e definitivamente rinchiuso nel manicomio di Ferrara nel 1879.

Diario delle esperienze - Il malato è stato sempre tranquillo e docile. Gode di ottima salute fisica. Nelle urine è stata sempre riscontrata l'assenza dell'albumina, del glucosio e dei pigmenti biliari.

Risultati delle esperienze

FOSFATI — SOLFATI — CLORURI							UREA — ACIDO URICO					
Esami delle orine							Esami delle orine					
Data	Quantità delle 24 ore	Peso specifico	P_2O_5 totale	H_2SO_4 totale	NaCl	*Osservazioni*	Data	Quantità delle 24 ore	Peso specifico	Urea	Acido urico	*Osservazioni*
1904	cc.		gr.	gr.	gr.		1904	cc.		gr.	gr.	
Gen. 19-20	1450	1019	2,059	2,581	10,206		Feb. 24-25	630	1024	15,057	0,312	u. tor. p. urati
» 23-24	2700	1011	1,631	2,468	11,856		» 28-29	875	1017	13,562	0,395	
» 25-26	2740	1012	1,909	2,246	15,510		Mar. 14-15	1940	1010	20,758	0,490	
» 28-29	1990	1014	1,708	1,990	11,725		» 16-17	760	1020	18,520	0,366	
» 30-31	2130	1012	1,863	1,977	18,811		» 17-18	1350	1016	19,495	0,313	
Feb. 1-2	2950	1011	1,809	1,988	14,175		» 19-20	1250	1012	17,918	0,340	
edia delle sperienze	2328	1013	1,831	2,208	13,714		Media delle esp.	1134	1016	17,551	0,369	

Digitized by Google

b) Donne

Osservazione XI. (XXIX) — C. Bice (Cart. N. 3768) d'anni 33, nubile con una figlia, massaia.

Accolta nel manicomio nel marzo 1903.

Diario delle esperienze - L'inferma ha presentato sempre molto accentuato il delirio paranoide, ed ha avuto giorni di forte agitazione, che però non ha impedito mai la esatta raccolta delle orine. Nulla si rileva a carico della vita vegetativa. Negativa all'esame delle urine la presenza dell'albumina, del glucosio e dei pigmenti biliari.

Risultati delle esperienze

N.° delle esperienze	FOSFATI — SOLFATI — CLORURI							UREA — ACIDO URICO					
	Esami delle orine						*Osservazioni*	Esami delle orine					*Osservazioni*
	Data	Quantità delle 24 ore	Peso specifico	P_2O_5 totale	H_2SO_4 totale	NaCl		Data	Quantità delle 24 ore	Peso specifico	Urea	Acido urico	
	1904	cc.		gr.	gr.	gr.		1904	cc.		gr.	gr.	
1	Gen. 16-17	710	1020	1,347	1,650	23,140		Feb. 23-24	840	1015	14,280	0,295	ur. liev. torb
2	» 19-20	708	1019	1,051	1,533	15,517		» 26-27	960	1020	16,224	0,204	vitto di pesc
3	» 21-22	1067	1016	1,188	1,579	22,011		» 28-29	1400	1012	19,460	0,151	
4	» 23-24	810	1013	1,257	1,328	12,432		Mar. 3-4	2530	1009	18,975	0,197	
5	» 24-25	1095	1014	1,763	1,927	16,940	molto agitata	» 9-10	2630	1007	18,673	0,506	
6	» 29-30	1565	1012	1,198	1,815	13,824	vitto di pesce	» 12-13	2600	1015	24,340	0,368	
Media delle esperienze		992,5	1015	1,300	1,655	17,310		Media delle esp.	1826	1013	18,659	0,287	

Digitized by Google

Osservazione XII. (XXX) — F. Maria (Cart. N. 3702) d'anni 46, nubile, maestra.

Ammessa nel manicomio di Mombello nel gennaio 1899, trasferita a quello di Ferrara nel settembre 1902.

Diario delle esperienze - L'Inferma è stata generalmente tranquilla e docile, solo qualche volta ha presentato un po' di resistenza, però sempre facilmente superabile. Nulla si riscontra all'esame somatico. Urine prive di albumina, glucosio e pigmenti biliari.

Risultati delle esperienze

FOSFATI — SOLFATI — CLORURI							UREA — ACIDO URICO					
Esami delle orine							Esami delle orine					
	Data	Quantità delle 24 ore	Peso specifico	P_2O_5 totale	H_2SO_4 totale	NaCl	*Osservazioni*	Data	Quantità delle 24 ore	Peso specifico	Urea	Acido urico	*Osservazioni*
	1904	cc.		gr.	gr.	gr.		1904	cc.		gr.	gr.	
1	Gen. 19-20	1040	1019	1,466	1,913	11,737		Feb. 23-24	770	1018	15,015	0,181	liev. torbide
2	» 26-27	1110	1013	1,083	1,487	22,605		» 26-27	1770	1013	18,886	0,270	vitto di pesce
3	» 28-29	1005	1015	1,023	1,226	10,492		» 28-29	1380	1013	19,596	0,237	
4	» 30-31	940	1015	0,989	1,485	11,627		Marzo 5-6	1370	1012	18,906	0,321	
5	Febb. 5-6	895	1014	0,868	1,174	20,530	vitto di pesce	» 8-9	860	1020	19,780	0,223	
6	» 6-7	1215	1015	1,256	1,482	17.112		» 11-12	1210	1012	15,125	0,328	vitto di pesce
	Media delle esper.	1034	1015	1,104	1,461	15,684		Media delle esp.	1226	1015	17,885	0,260	

Digitized by Google

TABEL

Riassunto delle

Malati sottoposti agli esami	RISULTATI MEDI NEGLI EBEFRENICI								
	Caratteri generali		Costituenti anorganici			Composti azotati		Caratteri generali	
	quantità delle 24 ore	peso specifico	acido fosf. totale	acido solf. totale	cloruro di sodio	urea	acido urico	quantità delle 24 ore	peso specifico
	cc.		gr.	gr.	gr.	gr.	gr.	cc.	
Uomini (6) . . .	1013	1020	1,501	1,736	13,985	17,123	0,274	985	1021
Donne (6) . . .	925	1019	1,275	1,652	12,497	14,464	0,242	980	1017
Totale (12) . . .	969	1020,5	1,388	1,694	13,241	15,793	0,258	982	1019

***

In tutte le nostre esperienze è notevole anzitutto la concordanza presso che costante dei risultati; se si eccettua infatti qualche oscillazione, raramente accentuata, più spesso di poca entità, noi vediamo come le cifre ottenute nei ripetuti esami non solo siano fra di loro concordi nello stesso individuo, ma poco differiscano ancora fra i vari malati di uno stesso gruppo o appartenenti a gruppi diversi.

Nella tabella I. infatti noi vediamo che i risultati medî degli esami delle orine, divisi secondo le tre forme dei malati: ebefrenici, catatonici, paranoidi, presentano differenze poco notevoli dall' uno all' altro gruppo e conservano in ognuno di essi quei caratteri costanti che in modo anche più evidente si possono rilevare dalla tabella II, la quale ci dà i risultati complessivi di tutte le dodici osservazioni.

Nè differenze ragguardevoli si hanno nei risultati ottenuti nei due sessi (v. tab. II a pag. 232). Nelle donne appare bensì una diminuzione un po' più accentuata nella eliminazione dei vari costituenti dell' urina e nella sua quantità totale; ma queste differenze si hanno anche negli

Digitized by Google

LA I.

osservazioni

DEGLI ESAMI DELLE ORINE

NEI CATATONICI					NEI PARANOIDI						
Costituenti anorganici			Composti azotati		Caratteri generali		Costituenti anorganici			Composti azotati	
acido fosf. totale	acido solf. totale	cloruro di sodio	urea	acido urico	quantità delle 24 ore	peso specifico	acido fosf. totale	acido solf. totale	cloruro di sodio	urea	acido urico
gr.	gr.	gr.	gr.	gr.	cc.		gr.	gr.	gr.	gr.	gr.
1,554	1,991	16,513	17,885	0,297	1315	1015	1,465	1,798	13,613	16,449	0,311
1,206	1,648	14,051	14,206	0,275	1269	1015	1,202	1,558	16,491	18,272	0,273
1,380	1,819	15,282	16,045	0,286	1292	1015	1,334	1,678	15,052	17,360	0,292

individui normali e non possono quindi acquistare qua alcun significato speciale.

Come pure dalle varie osservazioni appare che sui risultati degli esami non influiscono in modo apprezzabile e costante nè l' età dell' infermo, nè l' epoca d' insorgenza della malattia, nè lo stato psichico del paziente durante il periodo delle ricerche.

***

Venendo ora a un più dettagliato esame dei risultati da noi ottenuti, e confrontandone le cifre medie con quelle che si hanno negli individui normali, ne vediamo subito la spiccata diversità (v. tab. III a pag. 233).

Rispetto ai caratteri generali dell' orina vediamo che *mentre la quantità media emessa nelle 24 ore è diminuita, in confronto ai normali, di oltre 1/5 del volume totale, ne è in pari tempo lievemente abbassato il peso specifico*, ciò che già dimostra una diminuzione nella quantità dei materiali solidi.

Digitized by Google

TABELLA II.

Riassunto delle osservazioni

Infermi	Forma della demenza	N.° delle osservaz.	Risultati medî degli esami delle orine						
			Caratteri generali		Costituenti anorganici			Composti azotati	
			quantità delle 24 ore	peso specifico	acido fosf. totale	acido solf. totale	cloruro di sodio	urea	acido urico
			cc.		gr.	gr.	gr.	gr.	gr.
Uomini	ebefrenica	I	1315	1016	1.694	1.867	16.535	19.633	0.311
	»	II	712	1025	1.309	1.606	11.436	14.613	0.237
	catatonica	V	1219	1018	1.853	2.144	17.523	17.543	0.288
	»	VI	751	1025	1.256	1.838	15.503	18.228	0.306
	paranoide	IX	900	1016	1.099	1.388	13.513	15.348	0.254
	»	X	1731	1014	1.831	2.208	13.714	17.551	0.369
	Totale uomini		1105	1019	1.507	1.842	14.704	17.153	0.294
Donne	ebefrenica	III	1005	1017	1.248	1.645	12.569	13.979	0.234
	»	IV	845	1022	1.302	1.659	12.425	14.949	0.251
	catatonica	VII	959	1018	1.209	1.634	16.133	15.895	0.314
	»	VIII	1002	1017	1.202	1.663	11.970	12.518	0.237
	paranoide	XI	1409	1014	1.300	1.655	17.310	18.659	0.287
	»	XII	1130	1015	1.104	1.461	15.684	17.885	0.260
	Totale donne		1058	1017	1.227	1.620	14.348	15.647	0.264
Risultati medî complessivi dei due sessi			1081	1018	1.367	1.731	14.526	16.400	0.279

Digitized by Google

TABELLA III.

Risultati medi degli esami dell'orina nelle 24 ore

	nei normali	nei dementi precoci
Quantità totale	cc. 1400	cc. 1081
Densità.	1020	1018
Urea	gr. 30	gr. 16,4
Acido urico	» 0,8	» 0,2
Cloruro di sodio	» 12	» 14,5
Acido solforico	» 2	» 1,7
Acido fosforico	» 3	» 1,3

Nei composti azotati infatti riscontriamo *una fortissima diminuzione dell' urea che è eliminata in quantità di poco superiore alla metà della norma (30 : 16, 4) : ed una diminuzione anche più forte, di oltre i 2/3, dell' acido urico (0,8 : 0,27).*

Nei costituenti anorganici osserviamo pure *notevolissimo abbassamento, di oltre la metà, nella eliminazione dell' acido fosforico (3 : 1.3) : ed una diminuzione, meno forte ma pure spiccata, rispetto all' acido solforico (2 : 1. 7) ; mentre si ha un leggero aumento dei cloruri (12 : 14.5).*

*
* *

Questi risultati da noi ottenuti si accordano quasi totalmente, nella parte da essi pure studiata, con quelli di Dide e Chénais (1). E benchè non crediamo ancora giunto il momento di precisare il valore ch' essi possono avere nella interpretazione della patogenesi della demenza precoce, pure è certo che la caratteristica ben determinata e costante di questi fatti, non può sfuggire a chi attentamente li osservi ; e la importanza loro appare tanto più notevole, quando si pongano in correlazione ai risultati da noi precedentemente ottenuti nella mede-

(1) Dide et Chénais — l. c.

Digitized by Google

sima forma morbosa e studiando gli stessi infermi rispetto alla eliminazione del bleu di metilene e del joduro di potassio per via renale (1), il cui notevole ritardo, in confronto ai normali, nell' inizio della eliminazione è nell' apparire del suo massimo di intensità e il prolungamento nella durata totale della eliminazione stessa, crediamo possano ragionevolmente tenersi collegati a quei medesimi fatti di alterato catabolismo organico che hanno determinata questa notevole modificazione nella composizione del secreto renale.

Questi risultati potrebbero quindi sin d' ora considerarsi come l' espressione di una modalità del ricambio materiale nei dementi precoci indipendentemente da ogni fattore estrinseco alla forma morbosa stessa.

E in tale ipotesi ci conforta il fatto che, mentre nei nostri malati abbiamo ottenuti risultati sempre presso che costanti, benchè anche al momento della esperienza fosse assai vario il loro stato mentale, che dal torpore del catatonico passava alla irrequieta fatuità dell' ebefrenico e alla impulsiva eccitabilità del paranoide, abbiamo veduto invece quanto discordi siano i risultati ottenuti dai numerosi altri osservatori che hanno fatte le loro ricerche basandosi più specialmente sulle sindromi di eccitamento e di depressione, appartenenti a diverse forme morbose. Il che appunto a nostro avviso, ripetiamo, sta a confermare come i disturbi del ricambio materiale da noi osservati non siano che assai limitatamente collegati allo stato episodico in cui si trova l' infermo, ma siano invece una manifestazione propria della forma morbosa autonoma della demenza precoce, e che rimane costante in ogni episodio e in qualunque dei suoi tipi ci si presenti.

Ciò peraltro noi accenniamo come semplice ipotesi, che allo stato attuale delle nostre conoscenze ci si presenta logica e seducente, convinti però che a portare piena luce sull' argomento occorrano ulteriori ricerche ricche per numero e rigorose per metodo. Noi pure speriamo di potere ad esse ancora dedicarci, sia estendendole ai numerosi altri componenti dell' orina, sia associandole allo studio di altre funzioni del ricambio materiale. Abbiamo intanto creduto utile dare pubblicità a questi risultati che ci sembrano non privi d' interesse.

Ferrara, Marzo 1904.

(1) D' Ormea e Maggiotto — l. c.

Digitized by Google

MANICOMIO DI ROMA — *Direttore:* Prof. C. Bonfigli

Note cliniche sui sintomi della sfera motoria nella Tabe

PER IL

Dott. FRANCESCO GIANNULI

Raccogliere le varie sindromi motorie della tabe in un unico capitolo, vagliarle nella loro essenza anatomo-patologica e importanza clinica, metterle in rapporto con i concetti generali sulla patogenesi di tale malattia, questo è lo scopo del presente lavoro.

Nella letteratura esistono note sparse; i trattati non svolgono in modo completo questo tema, solo il Leyden (1) nella sua recente monografia vi dedica uno speciale capitolo; accenni non mancano in Dejèrine e in Pier Marie non rispondenti però all'importanza dell' argomento - Ho riveduto una numerosa raccolta di storie cliniche di tabetici; una gran parte sono malati osservati all' ambulatorio del Prof. Mingazzini, un'altra parte appartiene a quello del Prof. Sciamanna. Di tanta liberalità sono ad entrambi riconoscente.

Le storie cliniche studiate sono 200; ho scelto solo queste fra un numero più cospicuo, poichè esse appartengono a malati osservati nel 2° periodo della malattia ed offrono dati fondamentalmente costanti come base di deduzioni statistiche.

Il più importante disturbo motorio è l'atassia; ma di essa si è tanto parlato che non giova ulteriormente insistere. - Il ritenerla esclusivamente di origine sensitiva non è opinione condivisa dalla gran parte degli autori: qualcuno, sia per lo passato che recentemente, molta parte del sintoma vuole attribuire a lesioni di apparati motori.

Non parlerò delle teorie di Brown-Sequard e Cyon, di quella di Friedreich e di Erb che parlarono di lesioni, di centri e di fibre coordinatrici; ma credo opportuno segnalare le recenti pubblicazioni di Fränkel (2) sulla ipotonia dei muscoli, dei tendini dei legamenti articolari nei tabetici; fatti comprovati da Sureau e da Iendrassik (3) il quale ha per di più osservato una certa relazione tra il tono muscolare e il riflesso visivo in questa forma morbosa. Se si considerino inoltre gli studi anatomici fatti da quest' ultimo autore sulla corteccia cerebrale e cerebellare dei tabetici e le costanti alterazioni in esse riscontrate, a niuno potrà sfuggire quanto si allarghi il

Digitized by Google

concetto dell' essenza anatomo-patologica di un tal sintoma e quanta parte di esso è da ascriversi a lesioni di apparati motori. - Per comodità di esposizione, si comincerà a parlare dei sintomi motori più elementari per arrivare mano mano a quelli di ordine più generale e di natura più complessa.

*
* *

Fra i più essenziali e costanti sintomi della tabe sono da annoverarsi i disturbi a carico dell' innervazione interna dell' occhio.

L' abolizione del riflesso irideo alla luce, dopo le ultime ricerche del Marina (4), deve annoverarsi fra i sintomi di pertinenza motoria. Egli infatti studiando istologicamente i gangli ed i nervi ciliari nei tabetici li ha rinvenuti quasi sempre lesi. - Non si esclude con ciò la possibilità che un tal riflesso possa essere abolito per atrofia dei nervi ottici; però qui si prendono in considerazione solo quei casi nei quali, malgrado l' integrità funzionale dei nervi sensitivi, la reazione si trova abolita. In tutti i casi di tabe che espongo, vi sono paresi o paralisi dell' iride; frequentissime sono le miosi nella proporzione del 40 °[o, molto più rare le anisocorie in proporzione del 26 °[o; nè posso omettere di far notare che nelle 200 storie da me studiate solo nel 7 °[o dei casi la motilità dell' iride si riscontrò normale.

I sintomi clinici a carico dell' iride in questa malattia possono avere 2 cause diverse, essi possono essere la conseguenza di lesioni centrali o periferiche. - Ridotto artificiosamente un qualsiasi riflesso alla più semplice espressione, noi possiamo considerarlo costituito da 3 elementi: da una via centripeta, una centrifuga ed una stazione nodale; ogni riflesso quindi può essere alterato, o per lesioni di via motoria o di vie sensitive o da processi che colpiscono direttamente il centro.

Al ganglio cigliare invero arrivano fibre dell' oculomotore, del trigemino e del simpatico, che, attraverso i nervi ciliari, si distribuiscono all' interno del globo oculare. - Si è molto discusso sull' esistenza del muscolo sfintere e dilatatore dell' iride e sulla loro innervazione; oggi la maggioranza degli autori ammette l' esistenza di entrambi e ritiene che il primo venga innervato dall' oculomotore e l' altro dal simpatico.

Sulla localizzazione dei centri di tali riflessi è vivace tuttora la disputa. Le osservazioni più recenti di Marina (5) di Siemerling e Boedeker (6) si oppongono alle idee del Bernhaimer (7) che ne riconosce la sede nei nuclei di Westphal-Edinger.

Dopo gli studi del Marina, ammettendo che il ganglio cigliare abbia funzioni a prevalenza motorie, assodata la lesione di esso in questa malattia, di conseguenza deve ammettersi anche la paresi o paralisi dell' oculomotore o del simpatico: la miosi si spiega con la prevalenza

Digitized by Google

funzionale dello sfintere irideo e quindi con una lesione più grave nel simpatico; la midriasi viceversa presuppone la prevalenza funzionale, del dilatatore.

È difficile invero concepire un processo patologico che rispetti le vie sensitive quando queste vie sono a preferenza le colpite nella tabe. Ammettendo, come vuole il Marina, la priorità del processo nel ganglio, concepire come cellule morfologicamente non differenziate, si debbano comportare in modo diverso rispetto ad un processo patologico che invade tutto il ganglio. Più probabile sembra l'ipotesi che il processo si inizii più perifericamente nei nervi cigliari e che il ganglio si ammali secondariamente. Si può allora facilmente concepire il perchè sieno colpite vie funzionalmente e anatomicamente omologhe a preferenza di altre appartenenti ad unità anatomiche e funzionali differenti.

Studiando inoltre il comportamento clinico delle paralisi dei nervi oculari esterni, si viene a confermare, anche per questi, la possibilità di processi periferici. Queste paralisi sono di gran lunga meno frequenti di quelle dei muscoli interni. Trascrivo qui alcuni dati statistici riferentisi alla tabe.

(8) Marina dà il 17,3 0[0
(9) Dillmann » 26 0[0
(10) Wilbrand Sänger 15,8 0[0

Io ho trovato in 200 casi il 10 0[0 di paralisi oculari.

Frequentissima è la ptosi che si manifesta o isolata, e allora può essere o unilaterale o bilaterale, o può accompagnarsi con paralisi degli altri nervi motorî. Essa può far parte della paralisi dell' oculomotorio comune, e può anche accompagnarsi con paralisi del VI. Col trocleare io non l'ho mai riscontrata. Di ptosi isolata ebbe il

Marina in 150 casi di tabe il 10,6 0[0
Wilbrand e Sänger in 302 casi di tabe il 3,3 0[0.

Associata alla paralisi o paresi del VI del medesimo lato io l'ho trovata nella proporzione del 2,5 0[0. Se si vuol riguardare questo sintoma, senza speciale riguardo alle altre paralisi oculari, si hanno le seguenti cifre nella letteratura circa la sua frequenza nei tabetici.

(11) Leimbach in 100 casi 6,2 0[0
Dillmann 5 0[0

Io nei miei 200 ho avuto la percentuale del 7 0[0.

Dopo l'elevatore della palpebra superiore, l'abducente si trova compromesso con maggiore frequenza. Un tal fatto era già stato messo in evidenza dal Bloch (12) fin dal 1891; egli portò una statistica di 438 casi di paralisi del VI, tra questi egli numerò 364 di paralisi del VI dovute a tabe e a sifilide. Io ho avuto la proporzione del 5 0[0.

Digitized by Google

N.° d'ordine	Nome e Cognome	Età	Etiologia	Data della sifilide.	PUPILLE		
					Ampiezza	Reazione alla luce	Reazione all' accomodazione
1°	B. E.	43	sifilide	a 31 anni	miosi	pigra	normale
2°	M. L.	34	madre tubercolosa		miosi	rigida	normale
3°	C. P.	36	sifilide	a 26 anni	anisocoria s > d	la sinistra è rigida; la destra reagisce pigramente.	pigra
4°	R. A.	42	sifilide	a 26 anni	anisocoria d > s.	rigida	normale
5°	V. S.	28	sifilide	fu infettato dalla balia nel periodo dell' allattamento.	anisocoria s > d.	pronta	normale

Digitized by Google

Movimenti dei muscoli oculari		Rotulei	Disturbi psichici	*Osservazioni*
Oculomotore	Abducente			
paralisi recidivante della palpebra superiore di destra; paralisi dell'oculomotore dello stesso lato; paresi dell'oculomotore sinistro con integrità dell'elevatore della palpebra.		aboliti		atrofia bianca della papilla bilaterale.
ptosi lieve bilaterale: limitati tutti i movimenti dell'occhio sinistro.		aboliti	aboliti	sintomi a prevalente motori nell'inizio e nel decorso della malattia.
ptosi sinistra; occhio destro normale; precedentemente aveva avuto limitazioni transitorie nei diversi muscoli dell'occhio destro.	paralisi dell'abducente di sinistra.	aboliti		forti cefalee, frequenti vertigini; intercorrenti dolori nei muscoli oculari.
	paresi bilaterale dell'abducente (strabismo convergente).	aboliti		prima dell'inizio della malattia soffriva di forti cefalee; ebbe parecchi accessi apoplettiformi durante il decorso della tabe.
ptosi completa a sinistra: paralisi del retto inferiore: paresi del retto interno; tali disturbi apparvero a 18 anni, durarono qualche mese poi guarirono.	paralisi abducente sinistra.	aboliti		ha sofferto di otite ed ozena.

Digitized by Google

N.° d'ordine	Nome o Cognome	Età	Etiologia	Data della sifilide	PUPILLE		
					Ampiezza	Reazione alla luce	Reazione all' accomodazione
6°	B. A.	58	sifilide sospetta: nella giovinezza ebbe un' ulcera unica.		anisocoria	rigida	normale
7°	F. G.	37	verso i 20 anni blenorragia e ulcera che guarì dopo 3 mesi.		anisocoria d > s.	pigra	normale
8°	S. G.	48	sifilide	a 30 anni	miosi	rigida	rigida
9°	P. P.	52	sifilide, alcool: ebbe 3 figli nati morti, una suicida e 3 aborti.				
10°	B. V.	48	sifilide, abuso di vino ed alcool.		anisocoria	abolita	normale

Digitized by Google

Movimenti dei muscoli oculari		Rotulei	Disturbi psichici	*Osservazioni*
Oculomotore	Abducente			
ptosi completa a sinistra con paralisi del III.° e IV.° del medesimo lato.		disuguali s V d		dolori nei muscoli oculari dal lato della paralisi.
ptosi incompleta bilaterale: limitati i movimenti in alto e all'esterno dell'occhio; sinistro limitati i movimenti binoculari.	paretico l'abducente di sinistra	aboliti		all'età di 30 anni soffrì di eczema che fu giudicata di natura sospetta: i disturbi oculari hanno recidivato 2 volte prima di diventare stazionari.
nell'esplorazione monoculare i movimenti in alto e obliquamente all'esterno, quelli all'interno ed in basso sono limitati a sinistra; strabismo divergente occhio sinistro		aboliti		
limitati i movimenti in alto dell'occhio destro all'esplorazione monoculare; in quella binoculare conservati tutti i movimenti eccetto quelli suddescritti.		aboliti		i disturbi oculari 3 anni prima che fossero diventati stazionari si ripetettero con maggiore intensità compromettendo tutte le branche dell'oculomotore; la guarigione si ebbe dopo 7 mesi di malattia.
ptosi sinistra; rotazione dell'occhio omonimo all'esterno: guarì mediante cura. 3 anni dopo ptosi destra, sollevamento del globo oculare corrispondente in alto *O. S*: limitati i movimenti di rotazione all'interno e in alto *O. D*; ptosi, globo oculare rotato in alto; impossibili i movimenti dell'occhio in basso.		aboliti		i fenomeni a carico dell'occhio sinistro si determinarono 4 anni prima di quelli dell'occhio destro; questi erano i soli esistenti all'epoca dell'osservazione.

Digitized by Google

N.° d'ordine	Nome e Cognome	Età	Etiologia	Data della sifilide	PUPILLE		
					Ampiezza	Reazione alla luce	Reazione all' accomodazione
11°	D. A.	41	abuso di vino, liquori: sifilide.	a 32 anni	anisocoria	abolita	normale
12°	A. M.	33	abuso di liquori e di tabacco.	ulcera unica: eruzioni cutanee guarite con cura specifica.	miosi	pigra	normale
13°	N. N.	50	trauma con commozione spinale.		miosi	abolita	normale
14°	P. R.	39	saturnismo		anisocoria d > s.	abolita	normale
15°	C. R.	33	sifilide ereditaria.		anisocoria d > s.	abolita	pigra
16°	N. A.	57	sifilide	a 23 anni	miosi	abolita	normale

Digitized by Google

Movimenti dei muscoli oculari		Rotulei	Disturbi psichici	*Osservazioni*
Oculomotore	Abducente			
ptosi completa a sinistra con rotazione in alto del globo oculare: dopo cura specifica migliorò la ptosi e rimase una paresi del retto superiore e inferiore.		deboli	demenza paralitica	morì nel Manicomio di Roma nel 1901.
paralisi del retto inferiore ed interno: occhio rotato all'interno e alquanto verso l'alto.	paralisi dell'abducente di destra	aboliti		ha sofferto di ulceri perforanti nelle mani che si manifestarono nella medesima epoca delle paralisi oculari.
	strabismo convergente bilaterale.	abol ti		
ptosi parziale; aboliti tutti i movimenti di lateralità interna di elevazione in alto: il movimento laterale interno e quello in basso.	paresi del VI.° di destra.	aboliti		la ptosi e la paresi del VI.° nel decorso della malattia si aggravarono fino alla paralisi; ai disturbi paretici precedettero dolori frontali e nei muscoli degli occhi.
ptosi destra incompleta; limitati i movimenti all'interno in basso ed in alto dell'occhio destro, il quale è rotato verso l'esterno.		aboliti	essi erano inerenti alla grave isteria dell'inferma.	dall'età pubere soffrì sempre di crisi isteriche: 18 anni prima dell'affezione tabetica si ripetettero i disturbi dell'oculomozione destra, che guarirono con elettricità.
	paralisi dell'abducente di sinistra.	aboliti		all'inizio della tabe si manifestò emiparesi destra alterna che guarì con cura specifica insieme ai disturbi oculari: questi dopo qualche anno si presentarono immodificabili.

Digitized by Google

N.° d'ordine	Nome e Cognome	Età	Etiologia	Data della sifilide	PUPILLE		
					Ampiezza	Reazione alla luce	Reazione all' accomodazione
17°	S. M.	32	sifilide	a 20 anni	miosi	pigra	normale
18°	D. S.	40	sifilide	a 25 anni	miosi	rigida	pigra
19°	B. A.	33			anisocoria d > s.	rigida	normale
20°	N. S.	40	sifilide		miosi	pigra	normale

I 20 casi di paralisi dei muscoli esterni oculari li ho riuniti nella tabella precedente; mettendo in rilievo quei dati che ho creduto necessari per dilucidare questioni ancora insolute.

La finca della etiologia colpisce a prima vista per la sua costanza ed uniformità.

La sifilide figura nelle etiologie delle paralisi oculari tabetiche, niente di meno che nella proporzione del 65 0[0. Una volta ha agito il trauma, una volta il saturnismo e parecchie volte si è associato all' influenza della sifilide, quella dell' alcool; in tre casi la sifilide era probabile.

Tale frequenza fu notata da altri: Il Berger (13) notò il 32 0[0 di oftalmoplegie nelle tabi con sifilide, laddove nelle altre vi era il 17 0[0; in donne sifilitiche e tabetiche riscontrò il 25 0[0 di paralisi oculari, nelle non sifilitiche, il 18 0[0. Del resto il Dillmann e anche l'Oppenheim ritengono che il 50 0[0 di oftalmoplegie nella tabe sono in sifilitici.

Digitized by Google

Movimenti dei muscoli oculari		Rotulei	Disturbi psichici	*Osservazioni*
Oculomotore	Abducente			
ptosi isolata a sinistra incompleta.	paralisi del VI.° di destra.	aboliti		le paralisi oculari furono precedute da dolori al capo e da dolori nei muscoli oculari esterni.
ptosi palpebrale destra: limitati i movimenti del globo oculare in dentro e in alto; strabismo divergente.		aboliti		paralisi degli estensori delle dita e delle mani con atrofie dei rispettivi muscoli.
lieve ptosi incompleta a destra: nell'occhio sinistro limitati i movimenti all'interno.		aboliti	stati deliranti con attacchi epilettoïdi.	esisteva in tutta la sintomatologia della tabe in modo indubbio.
ptosi bilaterale completa a destra, incompleta a sinistra.		aboliti		la ptosi è stata recidivante parecchie volte prima di diventare stazionaria.

In che si differenziano le oftalmoplegie sifilitiche da quelle tabetiche?

Benchè gli autori si sieno studiati di sottilizzare nella ricerca di criterî diagnostici differenziali; oggi bisogna confessare che tali criterî non esistono. Da alcuni si è creduto che il sintoma di Robertson sia un dato di orientamento importante in quanto ammettono che nella oftalmoplegia sifilitica, oltre alla paralisi riflessa alla luce, vi sia anche quella accomodativa; però come si vede dalla tabella precedente, una tale paralisi riflessa combinata è possibilissima anche nella tabe.

Quanta parte abbia la sifilide quale fattore delle oftalmoplegie tabetiche si dirà in seguito.

Manifestazioni cliniche di sifilide cerebrale raramente si trovano associate alla tabe, una tale associazione morbosa si è notata solo nel caso 16 della tabella, ove una paralisi alterna fece pensare indiscutibilmente a processi basali. Il Köster (14), Dinkler (15), Ewald (16),

Digitized by Google

Nonne (17) pubblicarono casi di oftalmoplegie sifilitiche associate alla tabe. Casi di sifilide degli organi centrali associata alla tabe sono rari, rarissimi anche nel capitolo delle paralisi ed io ne detti dimostrazione microscopica in un caso di paralisi infanto-iuvenile nel quale sul midollo spinale paralitico si notava una lussureggiante meningite ipertrofica specifica. Qual'è il comportamento clinico delle oftalmoplegie tabetiche? Non è diverso da quello delle paralisi oculari tossiche cioè le alcooliche, le saturniche, le nicotiniche, e di quelle infettive. Anche in esse si conserva la medesima proporzione nella frequenza ad ammalare di alcuni rami a preferenza di altri: l'elevatore della palpebra sembra il nervo più preso di mira nelle malattie di indole tossica generale, e a tal proposito giova qui notare che la ptosi vertiginosa è il sintoma che caratterizza, di per sè, una forma squisitamente infettiva qual'è la malattia di Gerlier (Kubisagari). Siemerling e Boedecker richiamarono l'attenzione sulla ptosi, che credettero potesse essere indice di gravità in un'oftalmoplegia, ma i risultati ottenuti da essi sono contraddittorî e non permettono deduzioni fondate. A che si deve nella tabe e nelle affezioni tossiche la frequenza delle paralisi nell'elevatore della palpebra e nel VI? Io credo che la frequenza debba mettersi in rapporto con la prevalenza funzionale dei muscoli rispettivi nei movimenti dei bulbi. Questa frequenza ci fa intuire la tendenza degli elementi tossici ad attaccare centri che, per attivato scambio funzionale, sono stazioni di maggiore recezione di veleno. Tra i nervi oculari questo rapporto di frequenza delle paralisi con importanza funzionale, è addirittura armonico; infatti dopo i muscoli dell'iride succede per importanza funzionale l'elevatore della palpebra superiore poi l'abducente, gli altri muscoli innervati dell'oculomotore e in ultimo l'obliquo superiore che è il meno compromesso in tali affezioni. Accenno così di volo a un tal concetto riservandomi in prosieguo di passare a considerazioni di indole generica.

Da alcuni si era sperato sulla base etiologica della sifilide, nelle oftalmoplegie della tabe, di potere facilmente risolvere le questioni che tuttora si agitano riguardo all'origine centrale o periferica di tali paralisi oculari. Ammesso, come si è detto precedentemente, che le paralisi oculari nella tabe hanno un comportamento clinico quasi identico a quello delle paralisi da sifilide, da ciò, a mio credere, possono trarsi non altro che argomenti di analogia in favore dell'origine periferica. Io non nego che le paralisi oculari nella tabe abbiano una origine vuoi centrale, vuoi periferica, ma non sono alieno dall'ammettere, che nelle tabi con sifilide l'origine periferica ha con sè la maggior probabilità. Praticamente non si hanno che tali criterî per il giudizio di sede; di questi oltre alla presenza della lues nei dati anamnestici ve ne sono altri

Digitized by Google

che io detraggo dall' esposizione dei casi riferiti nella su esposta tabella. Il dolore irradiantesi nella muscolatura dell'occhio, come si è notato nei casi N° 3, 6, 14, 17, è sintoma di processi nevritici, decorrendo analgesiche le degenerazioni primitive dei nuclei centrali, come si verifica in quelle che accompagnano le paralisi bulbari, le poliencefalomieliti e poliencefaliti di Wernike. Dalla tabella si rileva inoltre che le paralisi oculari nella tabe sono recidivanti; ora durano giorni, ora parecchi mesi; nel caso N.° 9 la paralisi oculare guarì dopo che rimase stazionaria per parecchi mesi. Tale recidività è criterio probatorio da tenere in gran conto, in quanto che non si può concepire un processo anatomo-patologico di origine centrale che offra tali decorsi sintomatici. Anche ricorrendo all' ipotesi, giusta in molti casi, di disturbi circolatorî endonucleari verificantisi ad intervalli indeterminati, come vuole il Kahler (18) questi sono per lo più di breve durata e quando si prolungano per mesi devono compromettere la integrità anatomica degli elementi cellulari. Jendrassik (19) crede si abbia da fare con paralisi asteniche, però non hanno le paralisi tabetiche le caratteristiche cliniche di esse. Siemerling e Boedeker cercano di spiegare questi fenomeni, ammettendo fine alterazioni negli elementi delle cellule gangliari. Essi premettono che la cellula gangliare prima di atrofizzarsi passa per 2 stadî morbosi differenti: in primo tempo avviene la frammentazione in granuli del nucleo, e in secondo tempo la riduzione in grandezza delle cellule e la deformità dei contorni. Secondo gli autori le paralisi transitorie oculari nella tabe sono da mettersi in rapporto con un processo acuto che determini una *transitoria frammentazione granulare* in relazione con paralisi transitorie; può all' opposto un tale processo morboso non guarire, essere progressivo e allora si passa al 2° stadio dell' atrofia definitiva cellulare e quindi alle paralisi non più modificabili. Gli autori, ben inteso, sono fautori della origine unica centrale di tale paralisi, perciò sono costretti a ricorrere a tale teoria che non cessa di essere in buona parte ipotetica e insufficiente a spiegare tutti i casi, che pure esistono, i quali non ripetono una origine nucleare. Se si ammette in molti casi l' origine periferica del processo, come è stato dimostrato anche anatomicamente da qualche autore, tali recidive possono mettersi molto bene d' accordo con processi di natura nevritica. In favore di tale sede milita pure il modo frammentario col quale sogliono manifestarsi queste paralisi, senza rapporto costante cioè a unità anatomiche centrali o alle loro connessioni, come nei casi N° 2-5-9-10 ecc. Riguardo alle prove anatomiche che confermano la possibilità di processi nevritici, esse sono state date dal Dejerine (20) dal Marina (21) da Pitres e Vaillard (2) da Cassirer e Schiff (23).

Nella finca delle alterazioni psichiche si nota solo un caso di demenza paralitica succeduta ad una tabe con fenomeni oftalmoplegici.

Digitized by Google

Falret, per primo, mise in evidenza che le oftalmoplegie precedono di qualche tempo la paralisi progressiva, e Siemerling (24), nel suo classico lavoro, accenna al rapporto fra oftalmoplegia e malattie mentali; egli nel 17,7 0[0 di malattie oculari constatò disturbi mentali. Successivamente altre publicazioni hanno ribadito questo concetto. Il Siemerling (25), in collaborazione con Boedeker, ha pubblicato 10 casi di oftalmoplegia, di cui 8 erano paralitici e 2 tabetici: di questi uno presentò sintomi di demenza; Boedeker ha publicato altri 2 casi di oftalmoplegie di cui uno paralitico e l'altro aveva disturbi sensoriali e idee deliranti. Nei casi di Cassirer e Schiff (26) i disturbi oculari si erano svolti sul fondo dell'alcoolismo cronico; dementi paralitici morirono i malati con oftalmoplegie publicati da Zeri (27) e Panegrossi (28). Nessun valore ha la scarsa percentuale da me trovata per il fatto che i malati furono tutti osservati nel 2° periodo della Tabe.

In base ai risultati che si rilevano dalla letteratura, quale valore patognomonico dobbiamo dare alle oftalmoplegie tabetiche? Noi in tali affezioni oculari dobbiamo riconoscere la tendenza del processo tabetico ad invadere centri superiori più elevati. Tutto ciò vale anche per le affezioni sensitive.

Io nella mia pratica manicomiale ho veduto parecchie demenze paralitiche post.-tabetiche associate all'atrofia dei nervi ottici. Esaminando la raccolta di casi di taboparalisi publicata dal Garbini (29) e molti casi con autopsia di mia osservazione, la frequenza dell'affezione oculare in questa malattia si eleva in rispetto all'oftalmoplegia al 17,30 °/° e rispetto all'atrofia dell'ottico al 25 0[0 e cioè nel 42,30 0[0 di demenze consecutive a tabe, esistono affezioni vuoi a carico dell'apparato motore, vuoi a carico dell'apparato sensitivo dell'occhio. Questi risultati, se da una parte confermano le vedute di Siemerling, ribadiscono altresì il significato da me dato a questa sintomatologia nella tabe.

Dopo tale proporzione si potrà ritenere che l'atrofia dei nervi ottici arresti il decorso della tabe? La cecità è complicazione molto grave di questa malattia, nessun arresto essa produce nel decorso; nel 25 °/° i tabetici amaurotici finiscono dementi. - Si è voluto tuttavia annettere a questo sintoma altre influenze benefiche sui dolori e sull'atassia. Non mi occuperò della prima questione poichè non rientra strettamente parlando nel campo del mio lavoro; ma non posso trascurare la seconda, riferendosi essa ad apparati di pertinenza motoria. - Lo Schupfer (30) ha ultimamente pubblicato un lavoro nel quale, facendosi eco di osservazioni cliniche del Dejerine, Marie, Förster ecc. ha confermato, e ribadito le osservazioni dei predetti autori, avvalorandole con un contributo di ben 24 osservazioni.

Digitized by Google

Le conclusioni alle quali è arrivato io le trascrivo con le stesse sue frasi « Quando la malattia si inizia con l' atrofia dei nervi ottici purchè questa produca in breve la quasi completa amaurosi, si vedono i dolori mitigarsi e l' atassia mancare o presentarsi solo in grado lieve. Quando l' atrofia dei nervi ottici compare durante il decorso della tabe; i dolori in generale si mitigano ma i disturbi atassici, se già erano comparsi, non retrocedono a meno che non fossero estremamente lievi. - Ad ogni modo anche qui la benefica influenza sull' atassia, si ha solo quando l' atrofia dei nervi ottici produce rapidamente l' amaurosi. - In tal caso anche il decorso pare sia protratto ».

Già antecedentemente allo Schupfer il Ghilarducci ribadiva queste osservazioni cliniche nelle sue lezioni e il Dott. Pagano (31) in una tesi di laurea che presentò alla facoltà di medicina di Roma, esponeva una peculiare interpretazione su tale comportamento, la quale è stata accettata e con maggiore ampiezza, illustrata dallo Schupfer nel suo lavoro.

È utile prima di procedere oltre stabilire una distinzione fatta dal predetto autore: egli contempla 2 ordini di fatti, e cioè: da una parte si riferisce a tabetici il cui primo sintoma è la rapida atrofia dei nervi ottici e dall' altra a quelli nei quali questa atrofia si svolge nel decorso della malattia.

Nei casi della prima specie si verifica il fatto, egli dice, che essendo già precedentemente acuiti quei determinati centri che occorrono per un movimento ben coordinato, l' atassia si produrebbe meno facilmente o addirittura non si propagherebbe.

Nei casi della 2.ª specie si risente il beneficio dell' amaurosi, solo nel caso che questa si produca rapidamente; quando ciò avviene, anche il decorso pare sia più protratto.

Per entrambe queste sottospecie di casi, l' autore si serve del medesimo concetto esplicativo.

A priori a me sembra assolutamente insostenibile questa teoria. - Infatti facendo il caso che una tabe si inizii primordialmente con l'atrofia dei nervi ottici, senza altri disturbi che richiamino l' attenzione a lesioni sensitive midollari, noi ci troviamo di fronte ad una tabe superiore colla quale il più delle volte l' atrofia dei nervi ottici nulla ha da correggere o da ritardare. - In tali casi la lesione è a prevalenza cerebrale, non spinale; dico a prevalenza poichè, pur non potendosi escludere una partecipazione midollare del processo, non è detto che la lesione sia a priori così diffusa da rivelarsi con l' atassia.

Non vi sono forse tabetici che diventano atassici in epoche molto tardive?

Che se poi si volesse ammettere l' influenza dell' atrofia dell' ottico in un tabetico nel quale i sintomi spinali sono già conclamati, la spie-

Digitized by Google

gazione data dall' autore diventa ancora più assurda. - In tal caso l'analogia del cieco comune col cieco tabetico non regge, in quanto che nel primo essendo integri tutti gli apparati sensitivi e sensoriali, sono possibili tentativi fruttuosi di compenso, non certamente nel secondo, nel quale mancano tali risorse essendo l' apparato sensitivo il maggiormente compromesso. - Come si può richiedere compensi da sistemi che già sono incapaci di soddisfare alle funzioni fisiologiche ?

Ma l'autore, a sostenere che tali compensi possano ottenersi anche con apparati sensitivi patologicamente compromessi mette avanti i buoni risultati che si ottengono sull' atassia con la cura alla Fränkel. - Tali risultati non si possono negare: ma quì i compensi a spese di chi vengono fatti ? A spesa della corteccia la quale cerca di rieducare il midollo al movimento ; quando si vengono a sopprimere le fonti mercè le quali il cervello riesce ad uno sforzo educativo compensatorio, in tal caso, per ragione di logica, l' atassia deve aumentare non diminuire.

In breve, io domando, si riprometterebbe lo Schupfer un gran vantaggio terapeutico applicando il metodo Fränkel ad un tabetico cieco ? Non contesto che la funzione coordinatrice muscolare debba essere una funzione del tutto corticale, come vuole il Raymond; anzi fondandomi su un tal principio ed ammettendolo come vero, a stretto rigor di logica si cade incondizionatamente in deduzioni che non sono d' accordo con le premesse. Infatti, se il centro corticale di coordinazione viene alimentato da tuttte le sorgenti periferiche sensitivo sensoriali, è logico che, ammalando le vie periferiche spinali, si debba notare un disturbo funzionale atassico ; ma questa atassia deve necessariamente aumentare se alla lesione sensitiva si aggiunge quella sensoriale, e specie quella della vista che ha funzioni di capitale importanza nei rapporti fra l' individuo e l' ambiente. Come può riuscire ad educare i movimenti questo centro che diventa sempre più povero di mezzi di controllo ?

Se le osservazioni cliniche che hanno dato luogo a queste brevi osservazioni non fossero state confermate da autori parecchi e tutti degni di molta fede, si potrebbe dubitare dell' attendibilità di esse. Gli osservatori, ciascun per sè, hanno cercato di dare interpretazioni diverse. Il nostro prof. Mingazzini opina che l' agente tossico infettivo localizzandosi in una data regione dell' asse cerebro-spinale e attaccando questa intensamente, si esaurisca attutendo il potenziale di tossicità nelle altre regioni dapprima invase dalla malattia.

Tale interpretazione suppone già risolute le controversie sull' investigazione etiologica della tabe, ciò che non è.

Non posso associarmi quindi neanche nella confutazione che lo Schupferf fa a tale concetto, ammettendo che questo agente tossico

Digitized by Google

debba riferirsi esclusivamente alla sifilide. La questione della sifilide nella tabe si agita tuttora come per la demenza paralitica: nè si è al caso, allo stato delle nostre conoscenze attuali, di poterne dire l'ultima parola. La tabe oggi trovasi rispetto alla sifilide nell' istesso rapporto che questa stà alla demenza paralitica.

Ritornando però alla questione che più precisamente ci riguarda, io credo che, se i tabetici ciechi, sembrano meno atassici, si è perchè si muovono meno, poichè, essendo ciechi fanno minori tentativi di correzione dell' atassia. Quando un malato tabetico con l' aiuto della vista si accorge di aver compiuto movimenti disordinati, anche lievi, egli cerca di correggerli; in questi tentativi non bene coordinati allo scopo, si vengono sempre più sommando movimenti, e sommandosi i movimenti si moltiplica l' atassia. Sopprimendosi la vista, meno attività muscolare compensatoria si esercita e meno atassia si manifesta in ciascun movimento, dunque il malato meno lusso di movimenti esplica e quindi meno appare atassico. Se a tutto ciò si aggiunge la sinistra influenza che ha la psiche sul movimento atassico, ne risulta che con la soppressione della vista viene a mancare un altro elemento che alimenta l' atassia cioè quello stato più o meno emotivo che ripetutamente viene determinato dal controllo continuo della vista sul disordine motorio, stato emotivo che anche in organismi normali provoca disturbi nella funzionalità muscolare.

***

Un fatto si constata venendo giù nella disamina delle paralisi dei nervi cerebrali, l' assenza cioè di paralisi completa del facciale sia che si voglia considerarla rispetto alla sintomatologia tabetica, sia che la si consideri come malattia ad essa concomitante.

Nei 200 casi da me studiati in uno solo era notata una paralisi isolata del VII di sinistra. - Questi era un individuo di 52 anni di padre convulsionario; un suo fratello a 8 anni fu affetto da paralisi del ramo buccinatorio del facciale, era stato sofferente di malaria ed aveva avuto ulceri di dubbia natura; parecchi aborti nella figliuolanza. - Presentò egli il quadro della tabe prevalentemente sensoria.

In questo caso più che l' elemento tabetico si deve mettere in gran conto la grave influenza dell' eredità, come si rileva dal carattere famigliare delle affezioni del VII. - Neanche la letteratura registra paralisi tabetiche del facciale; quasi sempre si riscontrano le comuni ipotonie; le paralisi esistono nei casi di tabe a tipo bulbare che si noteranno in prosieguo. Qui però sono per lo più bilaterali.

Identico fenomeno viene tutti i giorni costatandosi nella demenza paralitica dove a me non è stato mai dato di trovare paralisi del facciale

Digitized by Google

completa; nè da altri distinti colleghi che si occupano della specialità è riuscito constatare un tal fatto. - In queste 2 forme morbose si riscontrano per lo più lesioni non a focolaio, ma a carattere diffusivo prevalentemente forme di paresi asteniche; fatti che sono, è vero, di constatazione banale, ma che non sono da trascurarsi quando si vuole approfondire la patogenesi dei disturbi mimici nella tabe. - Joseph Fränkel (32) infatti tende, in armonia col concetto patogenico dell'atassia, di spiegare i disturbi motori mimici, con malattie del trigemino ed afferma che fin le paralisi oculari transitorie devono considerarsi come dipendenti da disturbi della sfera sensoria. - Queste ragioni se possono invocarsi nei casi nei quali esistono parestesie del trigemino, non spiegano invero quelli in cui pur esistendo atassie mimiche, non si notano sintomi sensitivi; qui si devono ammettere lesioni primitive di nevroni motorî - Tali disturbi motorî provano inoltre la loro indipendenza dal trigemino poichè sono di frequenza senza confronto maggiori delle parestesie della branca del V.

Del resto i disturbi motorii nella faccia arrivano in tale malattia a dignità ancora più spiccata, nè si può ciò negare, quando si consideri che fin la branca motoria del trigemino suole presentarsi primitivamente paralizzata, come si rileva dal caso che qui appresso riferisco di mia osservazione.

C. P. — Artista drammatico di anni 36. - Fu affetto da lues a 26 anni: ebbe fenomeni di sifilide, eruzioni cutanee, dolori osteocopi. - A 29 anni prese moglie, un figlio nacque morto, un aborto, 2 figli viventi malaticci. - Tredici anni dopo l'ulcera, si iniziarono dolori lancinanti alle spalle, braccia e gambe: successivamente diplopie, limitazione transitoria nei movimenti dell'occhio sinistro.

Caduta della palpebra superiore sinistra da coprire la metà del bulbo. - Formicolii e tirature nella metà sinistra della faccia, cefalea, vertigini, *grande difficoltà nella masticazione* anisocoria (S. > D.) O. S. ptosi parziale paralisi del VI - O. D. lieve ptosi ipotonia VII destro. *Impossibilità di poter masticare dal lato sinistro, indebolita la resistenza all'abbassamento passivo della mandibola. - L'infermo non riesciva a solcare le impronte dentarie su una crosta di pane. - Limitati i movimenti di lateralità del mascellare inferiore. - Le masse muscolari del temporale e massetere sinistro erano atrofiche, depresse apparivano le rispettive regioni rispetto a quelle di destra, non si percepivano contrazioni, toccando le masse muscolari, quando si effettuavano quelle omologhe di destra.*

Ottimi i movimenti attivi e passivi negli arti superiori ed inferiori. - Andatura leggermente atassica - Debolissimi i rotulci - Ipoacusia bilaterale. Visus ridotto a sinistra. - *Ipoestesia tattile, termica e dolorifica nella metà sinistra della faccia:* ipoestesia nel campo di distribuzione dei cubitali. Lieve paresi vescicale. Romberg appena accennato.

Digitized by Google

Un altro caso esiste nella letteratura molto simile al mio ed è quello del Prof. Schultze (33); non vi era in esso sifilide, le diagnosi di tabe era indiscussa, l'atrofia del massetere e del temporale evidentissima, tanto che l'autore, avendo praticato l'esame elettrico dei muscoli rilevò che la eccitazione elettrica per le due specie di correnti era perduta.

Entrambi questi casi sono di grande importanza non solo per la rarità di queste paralisi, ma anche per l'ubicazione pontina del processo tabetico segnata dalla lesione della radice motoria del V. - Non si trovano reperti necroscopici, che possano guidare ad un qualsiasi apprezzamento sulla origine periferica o centrale del processo, nè i dati clinici riferiti nei due casi sono sufficienti a risolvere un tal quesito. - Rari sono i casi di paralisi primitiva del trigemino di origine motoria.

Oppenheim cita nel suo trattato quelli di Müller, Archer, Ferrier, Schimdt, Gowers, ed uno di origine reumatica pubblicato da Hirsch (34).

***

Studiando la filogenia del gruppo caudale dei nervi motori del bulbo (glosso-faringeo, vago, accessorio, ipoglosso), si scorge che i nuclei centrali di tali nervi seguendo la legge generale evolutiva, si son andati mano mano differenziando a seconda della specializzazione funzionale periferica. È logico che a delimitare le singole funzioni con i rispettivi centri tendano tutte le ricerche anatomiche e fisiologiche. Così la colonna cellulare del vago che nello storione raggiunge la dignità di un vero lobo, si va talmente differenziando nei vertebrati superiori da non esser più ravvisata, tanto che ancora è accesa la disputa su i suoi nuclei di origine e in particolar modo su quelli motori. Riesce infatti difficile delimitare il nucleo motore del vago da quello dell'accessorio, nei rettili, uccelli, sauri in quanto che le colonne cellulari motorie sono cosi prossime che quasi si equivalgono. Il nucleo ambiguo inoltre, come nota Edinger è così vicino e dorsalmente disposto a quello del XII da quasi confondersi: nei pesci, anfibii, rettili, uccelli, esso si delimita maggiormente e si dispone più lateralmente e ventralmente. Il nucleo dorsale del vago anche nell'uomo si riesce a differenziare con qualche difficoltà da quello del IX che gli sta vicinissimo. Ancora non decisa è la spettanza anatomica del ramo interno dell'accessorio, di questo ramo che innerva a preferenza il laringe, *sui disturbi motori del quale noi dobbiamo alquanto insistere.* Gli autori più recenti sono d'accordo a considerare il nucleo ambiguo come un nucleo motore del vago, di questo parere sono il Maynert, il Kölliker, Dees, Grabower ecc.

Digitized by Google

Un tal nucleo per mezzo dei prolungamenti cellulari sia centrali (diretti) sia dorsali (indiretti) mettendosi in rapporto con il nucleo sensitivo (Gaskell) possiede un vastissimo campo di distribuzione periferica La possibilità d' altronde che la colonna spinale dell' XI possa essere seguita, fin nel bulbo come è stato dimostrato da Bunzl-Federn rende probabile la partecipazione dell' accessorio alla funzione motoria del nucleo ambiguo. La costanza inoltre di sintomi laringei nelle lesioni tabetiche dell' XI, come si vedrà in prosieguo, le funzioni complementari tra i muscoli innervati del ramo esterno e da quelli che sono sotto la dipendenza dell' interno, le ragioni ontogenetiche su esposte, sono argomenti in favore della partecipazione dell' accessorio alla funzione motoria del vago. Di questa opinione sono il Bernard, il Bischoff, Schiff ecc. In opposizione a un tal modo di vedere stanno le ricerche sperimentali del Grabower fatte nel laboratorio di Oppenheim dalle quali risulta, che le fibre, per la muscolatura della gola, stanno sotto la dipendenza delle ultime 4 o 5 radici del vago. Egli inoltre stabilì il rapporto fra questi fasci e il n. ambiguo e limitò il centro dell' XI ad un nucleo esclusivamente spinale con distribuzione periferica limitata soltanto al ramo esterno dell' XI. Nè diverse sono da queste le recentissime osservazioni fatte da Hohnstamm (35) nei cani e conigli La questione è tuttora sub-judice perchè il Battelli (36) recentemente prende a sostenere le idee di Bischoff con l' attribuire al ramo interno dell' XI la funzione motoria dello stomaco.

Da quanto si è esposto, due fatti emergono indiscutibili e cioè; la unità ontogenetica delle colonne cellulari motorie del X-XI-XII. Nella filogenea si è provata la indipendenza raggiunta dal n. del XII nei vertebrati superiori; incerta rimane tuttora la netta divisione tra il nucleo motore del vago e quello dell' XI. Che una certa dipendenza funzionale ed anatomica esista, lo dimostrano fatti clinici specialmente osservati nella tabe: in questa malattia spessissimo nelle affezioni del X non va scompagnata la compartecipazione del ramo interno dell' XI e, d'altra parte, non è men vero che tutte le volte nelle quali è compromesso il nervo spinale si trovano sintomi a carico del laringe che accompagnano le atrofie dello sterno-cleido e del cucullare. Questa mancata differenziazione che esiste tra la colonna cellulare dell' XI e X si ripete nell' uomo a carico del nucleo spinale dell' XI e le colonne cellulari dei nervi cervicali, si discute infatti, a proposito del muscolo cucullare e dello sterno-cleido-mastoideo sulla delimitazione del campo di distribuzione dei nervi spinali e su quello del ramo esterno dell' XI. Noi quindi per ora preferiamo la denominazione di nucleo del vago-accessorio, attenendoci alle risorse che ne offre la clinica, lasciando impregiudicata la questione che si dibatte tuttora nel campo puramente anatomo-patologico.

Digitized by Google

Dopo il breve cenno anatomico, allo stato delle conoscenze attuali, l'innervazione della muscolatura del laringe trovasi sotto la dipendenza del vago. Questo nervo è fra i più frequentemente colpiti nella tabe e dato il suo largo campo di distribuzione periferica offre una ricca sintomatologia clinica.

È degno di rilievo il contrasto tra la predisposizione del vago ad ammalare nella tabe, e la rarità con la quale si trova colpito nella demenza paralitica ove le crisi laringee o gastriche sono eccezioni. Io, che pur ho veduto un numero abbastanza cospicuo di paralitici, una sol volta ebbi l'opportunità di osservare un caso nel quale il primo sintomo fu costituito da crisi laringee di eccezionale gravità e che si protrassero per parecchi mesi di seguito, altri ne osservai con crisi laringee transitorie.

Nella tabe, come tutti gli altri nervi, il X si mostra leso clinicamente o nelle terminazioni sensitive o in quelle motorie; i sintomi ora sono subbiettivi ora obbiettivi, in questo secondo caso sfuggono spessissimo all'osservazione del medico. La crisi laringea è la manifestazione morbosa più comune, essa trovasi con discreta frequenza; ha per base o paralisi sensitive, o iperestesie con consecutivi riflessi motorî, o è primitivamente da paralisi motoria. — Le crisi laringee vuoi riflesse, vuoi paralitiche sono transitorie e recidivanti; questa proprietà è comune alle paralisi muscolari tabetiche sulle quali abbiamo richiamato l'attenzione a proposito delle paralisi oculari. Ho circoscritto alle corde vocali il quadro delle alterazioni motrici del vago, poichè in verità non vi è altro sintomo nel laringe che abbia richiamato l'attenzione del medico.

In generale le paralisi del m. laringeo superiore sono state poco osservate anche fuori del campo della tabe, sono notate soltanto anestesie delle sezioni superiori del laringe e disturbi trascurabili di motilità dell'epiglottide. Il primo che scoprì in due malati tabetici, mercè esame laringoscopico, paralisi delle corde vocali fu Krishaber nel 1880 (37). Il Semon (38) pubblicò una paralisi doppia di postici in tabe. In questo caso la respirazione era dispnoica nel cammino; nel sonno era accompagnata da forte e prolungato stridore. L'Eisenlohr (39) in una donna tabetica di 84 anni che soffriva di frequenti accessi di dispnea laringea e parossismi di tosse crampiformi, notò paresi di alto grado dei muscoli dell'ugola accompagnata a leggiero difetto motorio nella distensione delle corde vocali; interpreta tali fatti come paralitici. Il lavoro di Krause (40), apparso nel 1885, fu il punto di partenza di una serie di disquisizioni le quali si protrassero per molti anni fino a che la molteplicità delle osservazioni cliniche le avviarono verso concetti più generici e meno dogmatici. Egli esaminò 38 casi di tabe; in 13 osservò disturbi funzionali transitorii: cioè paralisi o pa-

Digitized by Google

resi recidivanti; fu il primo a diagnosticare l'atassia delle corde vocali che delineò in questa frase « ruckweisen « *ruckweisen Bewegungen der Stimmbänder und Stehenbleiben auf halben Wege zur Adductions stellung.* » In tre casi con crisi laringee osservò una bilaterale contrattura degli addattori.

Dopo la critica clinica riguardo al concetto anatomo-patologico il Krause è propenso ad ammettere come base di tali sintomi fatti irritativi prodotti da degenerazioni centrali.

Oppenheim (41) pubblicò un caso di paresi bilaterale dei postici con paralisi del tiro-aritenoideo destro.

Il Landgraf (42), dopo aver esaminato un soggetto le di cui corde vocali mostravano la posizione di una paralisi dei dilatatori della glottide, riferendosi ai concetti del Krause, pose il quesito se in simili casi si tratti di una contrattura primitiva dei costrittori della glottide o di una paralisi primaria dei dilatatori con contrattura secondaria dei costrittori.

Il Krauss (43), il Weil (44) pubblicano casi di paralisi bilaterale dei postici.

Küssner (45) ritiene le crisi del laringe causate da paralisi e contrattura delle corde vocali, ammette inoltre crisi riflesse di origine sensoria.

Il Fränkel (46) menziona il caso di un paralitico, il quale da un anno presentava posizione mediana delle corde vocali. Una corda era completamente paralizzata, l'altra paretica, così che esse non si movevano sufficientemente verso l'esterno nella respirazione. Fournier (47) non accetta il nesso trovato da Krause, poichè egli aveva veduto tabetici con laringo-spasmi senza paresi, e d'altra parte paresi senza laringospasmi.

In sostegno delle idee di Fournier seguì una serie d'autori il Löri (48), Bristow (49), Mac Bride (50), Ord e Semon (51), Ziegelmeyer (52) ecc.

Nel 1887 il Luc (53) elevò la paralisi dei postici ad elemento patognomonico di tabe. Il Fano (54) confermò le osservazioni di tutti i predetti autori dopochè il Gottstein (55) ebbe in un lavoro riunito i varii risultati delle osservazioni, riferentisi alle affezioni laringee nella tabe.

Se non che recentemente il Dreyfuss (56) riprende la questione là ove era stata lasciata da Krause e in base a 2 osservazioni ribatte tutti i fatti notati da questo autore.

Se il Krause fu unilaterale nell'interpretazione di un fenomeno clinico, il Dreyfuss è addirittura esclusivista, quando vuole negare che la posizione mediana delle corde vocali nella tabe possa essere data, oltre che da fatti paretici, anche da cause spastiche irritative.

Digitized by Google

Non si può seguire il Dreyfuss ed altri su questo punto di vista, poichè i disturbi motorî delle corde vocali di natura riflessa spastica, dimostrati dopo il Krause da Oppenheim, sono comprovati dalle osservazioni cliniche giornaliere, le quali dimostrano come sia facile provocare crisi laringee con la pressione sulla trachea, sul laringe, al margine interno dello sterno - cleido - mastoideo, e quanto sollievo, d'altra parte, arrechino in molti casi le pennellature di cocaina sulle mucose iperestesiche.

Altrettanto ingiustificato a me sembra inoltre l' attacco che questo medesimo autore fa a Krause sul concetto dell' atassia nelle corde vocali. Nella tabe quando intervengono alterazioni nei movimenti delle corde vocali, con paresi o paralisi dei postici è stato notato da molti osservatori che durante le inspirazioni profonde le corde vocali non solo si allontanano di poco dalla linea mediana, ma quando l' abduzione avviene, esse vengono mercè movimenti ripetuti condotte sulla linea mediana. Questi movimenti furono da Krause interpretati come atassici. Il Dreyfuss d'altra parte evoca i concetti di Gad e di Benedickt sull' atassia. Entrambi questi autori denominano disturbo atassico quello nel quale, con integrità dell' irritazione volitiva, è disturbata l' azione collettiva ad un determinato movimento. Il Dreyfuss così ragiona: nel movimento respiratorio delle corde vocali, occorrono due coppie di muscoli, gli adduttori e gli abduttori, in tal caso non v' è una funzione risultante da una collettività muscolare, ma una funzione dipendente dall' equilibrio di due antagonisti, quando questo equilibrio è turbato per insufficienza di uno di essi, si producono fenomeni che si potrebbero denominare sintomi di compensi funzionali, ma non fenomeni atassici.

Non consento con lui nel ritenere che nell' inspirazione in un organo cartilagineo come il laringe, con una ricchezza di piccoli muscoli a funzioni complementari vi sia la risultante solamente di due antagonisti; non mi sembra quindi un controsenso parlare d' atassia nei movimenti delle corde vocali. Il Fano che esaminò un discreto numero di tabetici laringoscopicamente, osservando i movimenti delle corde vocali nell' inspirazione, divise i malati in due gruppi. Nel primo gruppo riunì quei casi nei quali le corde non si aprivano come di norma nell' inspirazione, un tal fatto pur ritenendolo atassico, non potè escludere che fosse di origine paretica; nel 2.° gruppo riunì quei casi nei quali egli notò movimenti disordinati rapidi di abduzione e di adduzione delle corde vocali; questi movimenti li disse atassici all'evidenza.

A comprovare la sua interpretazione egli riferisce il reperto di un malato, nel quale l' esame laringoscopico fu spesso ripetuto, in questo

Digitized by Google

malato nella inspirazione profonda si vedeva qualche volta una corda vocale immobile nella linea mediana; questo movimento non poteva attribuirsi, nè a spasmi muscolari, nè a paresi, ma esclusivamente ad atassia. Nè può fare a meno il Dreyfuss di ammettere disturbi di coordinazione per spiegarsi questo fenomeno clinico; tutte le argomentazioni di quest' autore nel combattere il Krause si fondano su di un concetto del tutto ipotetico; egli sostiene cioè che la posizione mediana delle corde vocali nella tabe per paralisi dei postici sia dovuto all' azione preponderante degli antagonistici. Un tal fatto non è contermato dalla clinica in quanto che il Grasower (57) riscontrò in un caso clinico paralisi dei postici, con integrità funzionale degli adduttori senza cioè che vi fossero unite funzioni prevalenti antagonistiche.

Non potendo disconoscere un disturbo atassico nella funzione respiratoria delle corde vocali, si deve ammettere la possibilità di un disturbo atassico fonico? Io credo di si e clinicamente si dovrebbero avere con maggiore frequenza, alterazione del linguaggio poichè le alterazioni paralitiche del laringe non sono molto rare.

Se il linguaggio raramente viene compromesso nella tabe si deve alle risorse delle funzioni compensatorie che, come dimostra il Cherschewschi (58) si verificano fra le due corde vocali.

Il cambiamento nella voce è notato nei tabetici con affezioni del vago, ma gli autori hanno sempre adoperato attributi generici, così parlano di voce rauca, aspra, fioca, in falsetto ecc. Nei disturbi del linguaggio permane altresì la doppia origine vuoi irritativa, vuoi paralitica dei sintomi.

Della prima specie ne dà un esempio il Fournier denominando il sintomo, *spasme aphonique*. L' autore così si esprime: « Par instants et d' une façon soudaine absolument inattendue, le malade ne peut plus parler comme à l' etat normal, comme « a son ordinaire », la voix ne sort plus, ou ne sort qu' etouffeé, sourde, fausse, discordante, comme si les deux cordes vocales ne vibrissaient plus a l' unisson. (Et du reste, il semble bien probable que cette sorte de la voix ait pour origine un defaut passager de synergie antre les des muscles tenseurs des cordes vocales. D' autres fois la voix ne sort que par saccades: elle est entrecoupée, intermittente, comme scandies. De veritables lacunes vocales se je plus aînsi dire, brisent le continuité du son ».

Il Fereol (59) ha pubblicato due casi nei quali egli diagnosticò l' atassia laringea con disturbi fonici; nel primo caso trattavasi di un giovine che dopo 4 anni di tabe, presentò i seguenti sintomi: « Lorsque le malade veut parler, la voix est dabord voilée, le sons sortent difficilement, les efforts auxquels se livre alors le malade aménent des secousses de toux, qui se terminent par l'expulsion de quelques mu-

Digitized by Google

cosités, filantes, rarement teintes de sang. Si le malade parle pendant quelque temps, la voix s' eclaireit et divient normal ».

Il secondo caso presenta i sintomi con più particolareggiati dettagli.

« Dans une reunion intime l' auteur rencontrá une personne manifestement ataxique, dont la conversation etait entrecoupée par une sorte de sanglot bizzarre qui teneit le milieux entre le hoquet et l'aboiement de certaines chorées laryngiennes. Cette sorte de hoquet lancé a deux au trois repríses, coupait les phrases et alors les mots eteient souvent prononcés pendant l' inspiration. Le malade parlait, pour ainsi dir e, quelquefois, a rebours ».

Il Gay (60) a differenza dei casi di Fereol, nei quali non era riferito il reperto laringoscopico, ha pubblicato un caso con atassia delle corde vocali sia respiratoria che fonica, la voce del malato era emessa a falsetto.

I disturbi motorî del laringe dipendenti dal X, sono a prevalenza limitati nella tabe alle paresi o paralisi de' postici. Un tal sintoma ha fatto spesso prognosticare una tabe e non può disconoscersi, che esso è un sintoma patognomonico, di prim' ordine. I casi finora pubblicati nella letteratura sono sulla ventina, a mio credere però questa scarsezza letteraria dipende dal fatto, che i nevropatologi raramente praticano l' esame laringoscopico, tanto vero che nei 200 casi, da me studiati, ho riscontrato soltanto due volte paralisi motorie nelle corde vocali, laddove dalle statistiche che si posseggono la percentuale è molto più alta. Il Krause in 28 casi trovò 13 volte disturbi funzionali, il Fano in 36 casi trovò il 27,7 0[0 di paresi degli adduttori, nell' 11 0[0 immobilità di una corda vocale. Nel 50 0[0 disturbi motorî. Il Sedzick (61) in 21 casi di tabe trovò 8 volte paralisi e due volte atassia delle corde vocali.

Nella mia raccolta ho riscontrato due paralisi unilaterali delle corde vocali: il reperto laringoscopico fu praticato dal compianto Prof. De Rossi.

Il primo malato era tabetico da parecchi anni con sospetto di sifilide nell' anamnesi; il reperto laringoscopico fu il seguente: « abolito il riflesso faringeo; paralisi completa della corda vocale sinistra ». Il malato era a tratti preso da crisi dispnoiche.

Nel secondo caso con assenza di sifilide nell' etiologia, in tabe prevalentemente sensoria, con crisi laringee e voce aspra, all' esame laringoscopico si notò: « catarro faringeo cronico leggiero; ipoestesia laringea; titillando il laringe si provocano conati di vomito; la corda vocale sinistra quasi immobile nella linea mediana con escavazione. diminuita elevazione della corda vocale destra con movimenti disordinati nell' inspirazione prolungata ».

Digitized by Google

Le paresi o paralisi unilaterali dei postici sono in numero molto minore delle bilaterali; ne notarono il Krisahber, il Lori, l'Aronsohn e Fano. Più rare sono le paralisi degli adduttori che in genere sono gravi per le loro conseguenze, quando si verificano bilaterali. La frequenza delle paralisi dei postici nella tabe, oltre a costituire un sintoma di un alto valore diagnostico, ribadisce sempre più la legge di Rosenbach-Semon rispetto alle affezioni dei nervi bulbari: « nelle affezioni del ricorrente sono più precoci le incapacità funzionali dei dilatatori che dei costrittori ». I sintomi motori del vago nella tabe in rapporto alle corde vocali possono riassumersi così:

Sintomi motorî delle corde vocali
- paralitici
  - paresi
  - atassie
  - fonatorie
  - respiratorie
- irritativi
  - spasmi
    - fonatori
    - respiratorî

Pochi reperti anatomici si hanno a proposito delle paralisi laringee nella tabe. Un caso con reperto appartiene a Landouzy e Deyerine (62) in esso oltre all'atrofia delle diramazioni periferiche del X e XI si notò degenerazione nei nuclei centrali. L'Oppenheim (63) ne ha pubblicati due casi nei quali si ebbero reperti di nevriti atrofiche con integrità anatomia dei nuclei bulbari corrispondenti.

***

In armonia ai concetti esposti antecedentemente sull'autonomia del X e XI giova dar qui le prove cliniche di quanto è stato asserito, tanto più che ne offre il destro l'esame delle alterazioni dell'XI nervo nella tabe. Io non ho avuto nella mia raccolta casi di paralisi dell'XI però i rapporti fra esso e il X si possono studiare nei casi riscontrati nella letteratura, nei quali si nota che alla reciprocità funzionale corrisponde quella patologica.

Il primo caso in ordine cronologico è quello di Martius (64) il quale ha publicato la sindrome clinica di un tabetico, nel quale il Dott. Landgraf aveva osservato crisi laringee con paralisi dei muscoli crico-aritenoidei posteriori. Nella evoluzione successiva della malattia, Martius notò una paralisi atrofica del trapezio bilaterale; l'atrofia

Digitized by Google

si delimitava più propriamente nella porzione più inferiore del muscolo, laddove la porzione superiore o clavicolare era integra. Mancava in questo caso la paralisi dello sterno - cleido - mastoideo.

Segue a questo il caso di Aronsohn (65); il malato all'epoca dell'osservazione da tre settimane aveva la voce fioca. Tra gli altri sintomi di tabe aveva una paralisi del nervo accessorio di sinistra. L'ugola era deviata a destra; iperestesia del faringe, la corda vocale sinistra conservava la posizione mediana e nella fonazione si adduceva maggiormente. Il cucullare e lo sterno-cleido-mastoideo sinistro erano atrofici.

Segue il caso di Ilberg (66) di cui posso dare un sunto della sintomatologia clinica.

Malato di 53 anni; ha sofferto di ulcera e leucoma al collo; cicatrice bianca al frenulo, ingorgo glandolare incipiente, atrofia ottica a sinistra, ptosi e paralisi del retto interno. Sintoma di Romberg. Mancanti i rotulei. Ipoafia, ipoalgesia, iperidrosi della metà destra o della faccia e del petto. Entrambi gli sterno - mastoidei sottili quanto un grosso spago, si distendono solo mediante forzata respirazione e sollevamento del dorso. Limitato il movimento circolare del capo. La porzione inferiore del cucullare è assottigliata. Paralisi totale di abduzione, a destra paresi di adduzione. Molestia nella deglutizione, tosse, crisi gastriche, iscuria.

Arthur Ehrenberg (67) ne publica altri 3 casi.

1° *A. G. 33 anni* — Negativa l'eredità morbosa assenza di sifilide. Rigidità pupillare riflessa. Disturbi del cammino. Abolizione dei rotulei; paralisi del n. ricorrente di destra, frequenza del polso, atrofia del muscolo sterno-cleido-mastoideo destro.

2° *B. 52 anni* — Negativa l'eredità, blenorragia, ulceri veneree. Atassia. Fenomeno di Westphal e di Romberg. Rigidità riflessa delle pupille. Disturbi della sensibilità generale e del gusto. Nel laringe bilaterale paresi dei postici. Atrofia dello sterno-cleido-mastoideo di sinistra.

3° *F. B. 53 anni* — Bevitore. Nega di avere contratto sifilide. Rigidità pupillare riflessa. Sintoma di Westphal. Disturbi della sensibilità generale. Crisi gastriche. Accessi dispnoici. Paralisi dell'oculomotore di sinistra. Iperidrosi a destra. Paralisi dei postici e degli interni bilaterale, paresi del ricorrente. Difficoltà nella deglutizione, frequenza del polso. Atrofia bilaterale di alto grado dei muscoli sterno-cleido-mastoidei e dei trapezi. Paresi vescicali.

I concetti espressi dal Martius nel commentare il suo malato sono in armonia con quelli da me esposti precedentemente; egli inoltre cita in appoggio alla sua opinione quella di Darkschewitsch che, ritenendo comune l'origine centrale di questi due nervi, ne assegna la

Digitized by Google

sede nei gruppi cellulari laterali delle corna anteriori, nel loro prolungamento nella midolla allungata.

Il comportamento delle paralisi tabetiche nel territorio di distribuzione di questi nervi, non è dissimile a quello degli altri nervi cranici. Considerando il solo ramo esterno dell' XI esso può essere totalmente e parzialmente compromesso. Si notano paralisi totali nel caso di Aronsohn, di Ilberg e nel terzo caso di Ehrenberg, e paralisi limitate a singoli rami periferici, come nei casi 1°, 2° dell' ultimo autore. Se nei casi della prima categoria è possibile discutere clinicamente l' origine periferica centrale del processo anatomico; inconfutabilmente provata è l' origine nevritica nei casi della 2ª categoria.

Dopo il taglio chirurgico dell' XI praticato a scopo curativo di spasmi muscolari ostinati, si è ottenuto paralisi dello sterno-cleido-mastoideo omolaterale e paralisi della porzione clavicolare del trapezio. Questa sintomatologia però non è costante, in quanto che la partecipazione dei nervi spinali e cervicali alla innervazione di questi muscoli, ha un campo di distribuzione variabilissimo. A ciò si deve se le osservazioni dei diversi autori non si accordano nella uniformità di un quadro clinico costante. Questa stessa variabilità sintomatologica si conserva anche nella tabe, tutto ciò ci conferma sempre più che questa malattia non ha la tendenza a compromettere determinate unità anatomiche, bensì essa tende a ledere gruppi anatomici diversi a funzioni complementari, in questi muscoli infatti possono essere presi vuoi nervi spinali, vuoi rami del ramo cervicale contemporaneamente, per modo che non è più l' elemento anatomico che è a preferenza colpito dall' agente patogeno, ma è la unità funzionale.

Non altrimenti ci è dato spiegare le predilezioni delle paralisi in alcuni rami di uno stesso nervo come avviene per quella che la tabe ha per il ramo del ricorrente che si distribuisce alle corde vocali.

***

Una sol volta ho riscontrato nei 200 casi da me studiati una paralisi del XII con *emiatrofia della lingua*, ciò non pertanto è una sindrome questa, che non si riscontra con tanta rarità. - In una raccolta di casi di emiatrofia della lingua pubblicata da Ascoli (68); la tabe figura nell' etiologia in proporzione dell' 11 0[0. La frequenza di essa fu molto esagerata dalla scuola della Salpêtriére, tanto che la si riteneva come monosintomatica della tabe.

Gli studii ulteriori limitarono l' importanza di un tal sintoma e si rivolsero mercè lo studio clinico etiologico ed anatomico a ricercare il

Digitized by Google

valore di esso in relazione alla sede della malattia. Koch e Marie (69) segnalarono caratteri speciali per riconoscere le paralisi atrofiche del XII di origine centrale; riconobbero cioè come note patognomoniche, la paresi ed atrofia del velo pendolo palatino omolaterale e la paresi o paralisi delle corde vocali corrispondenti. Viceversa l'atrofia limitata ad una parte del campo d'innervazione del XII, la scarsezza delle contrazioni fibrillari, la reazione degenerativa e, secondo Gowers, la compartecipazione della paresi dell'orbicolare delle labbra, stanno per una forma periferica. Uno studio recente di Wiersma (70) ha confermato con una serie di osservazioni questi dati clinici. Il complesso sintomatico delle lesioni di origine centrale, si spiega con i rapporti anatomici di vicinanza fra XII e XI.

A me del resto sembrano più ammissibili rapporti anatomo-funzionali col X che con l'XI, tanto più che i rami faringei del vago, oltre ad avere dignità anatomica più spiccata, presentano nella tabe una morbosità superiore a quelli dell'XI; tali ragioni hanno valore sia per il faringe che per il laringe.

Viene valutato un fatto eccezionale l'assenza della paralisi della corda vocale omolaterale in quasi la metà dei casi di emiatrofia di origine tabetica, poichè si è partiti dal postulato che la tabe si basi su lesioni anatomiche di origine centrale. Ma queste credute eccezioni rientrano nell'orbita dei fatti comuni, qualora si allarghi il concetto patogenico, ammettendo a base di tali sintomi i processi tabetici nevritici. Entrando in quest'ordine di idee la diagnosi di sede di queste paralisi ha un valore patognomonico di prim'ordine.

A priori parrebbe che a decidere su tali questioni dovesse essere il risultato dell'esame elettrico vuoi diretto che indiretto, ma purtroppo nelle paralisi bulbari questi dati sono poco attendibili; in genere ha maggiore valore la critica severa dei fatti alla stregua della distribuzione periferica dei singoli rami nervosi; questi dati anatomici in peculiare modo nelle lesioni motorie della tabe, oltre a rendere meno ardua la diagnosi, gettano una gran luce sulla patogenesi di essa.

Nell'unico caso da me trovato si trattava di un uomo di 58 anni con eredità negativa e sifilitico. Per ragioni professionali si era molto esposto a cause reumatizzanti. La malattia si iniziò a intervalli a 40 anni, con periodo doloroso protratto e con paresi multiple nei nervi cranici. Dopo le cure specifiche migliorò nelle altre paresi, eccetto che in quella della lingua che cominciò ad atrofizzarsi nella metà sinistra. Il soggetto si presentò all ambulatorio quando già la tabe era conclamata e l'atrofia della lingua di molto progredita. La metà atrofica della lingua era soffice, diminuita di volume con numerosi solchi alla superficie; il diametro trasverso raggiungeva appena il 1[3 della metà

Digitized by Google

destra. Il velo pendolo palatino di sinistra era abbassato ed evidentemente atrofico. La irritabilità elettro-faradica diminuita a sinistra: per le correnti galvaniche era mantenuta la legge normale delle contrazioni. Nella metà atrofica la contrazione elettro-galvanica si ottiene con minore numero di elementi che nella parte sana. Negativo fu l'esame laringoscopico.

Anche in questo malato nel quale, l'assenza di reazione degenerativa ci fa intuire una origine centrale del processo, mancava la paralisi della corda vocale. Nè vale la pena d'insistere ulteriormente sul complesso sintomatico di Koch e Marie poichè esso per la tabe non trova la sua pratica applicazione. In questa malattia le lesioni centrali si possono riscontrare in tal modo frazionate, che un nucleo atrofico è del tutto indifferente rispetto ad un altro che sia contiguo di posizione; a meno che non vi siano relazioni di dipendenza anatomica. Nelle atrofie tabetiche de nuclei oculari noi abbiamo veduto come sieno indipendenti atrofie nucleari vicinissime di posizione e come a queste corrispondono peculiari alterazioni funzionali negli apparati periferici, malgrado la funzionalità motoria sia subordinata a movimenti combinati alterni di muscoli. Maggiore valore ha la sindrome di Koch-Marie nei processi neoplasici e vasali del bulbo estrinsecando essi azioni a distanza, infatti ha corrisposto nei processi siringomielici, emorraggici ecc.

I reperti anatomici microscopici di emiatrofia di origine centrale sono molteplici nella letteratura, e di un relativo valore per le questioni che ci riguardano, poichè la cronicità della forma morbosa determina degenerazioni estese a tutto il neurone neuro-nucleare.

Non posso però trascurare un reperto di Obersteiner (71) di grande importanza perchè, a quanto io mi sappia, è unico nella letteratura delle emiatrofie da tabe.

Egli descrive un caso di tabe in una donna di 44 anni nella quale oltre ad altra paralisi dei nervi cranici, si osservò emiatrofia destra della lingua. Al reperto microscopico si ebbe degenerazione del nervo ipoglosso con integrità assoluta del nucleo centrale oltre a degenerazione grassa di determinate fibre muscolari.

*
* *

Tutte le sintomatologie finora esposte sono bulbari però esse oltre a presentarsi isolate si possono manifestare complessivamente, dando la sintomatologia della paralisi bulbare.

Questa in verità è una sindrome molto rara, perciò trascrivo qui, i pochi casi che nella letteratura stanno a illustrare le tabi di tale tipo.

Digitized by Google

Caso di Howard (72).

Paziente di 55 anni non sifilitico. Nell'anno 1883 ebbe paralisi muscolare prima nell'occhio sinistro poi al destro. Un anno più tardi debolezza visiva; poi disturbi del linguaggio, della masticazione; la mascella inferiore divenne cascante. Difficile la deglutizione. Impotenza. Disturbi sensitivi; dell'andatura; parestesie dolorose nel territorio del trigemino.

All'esame obiettivo si rilevò: atrofia dell'ottico; rigidità riflessa della pupilla, anestesie in entrambe le prime branche del trigemino, atrofia della metà della lingua. Paresi di entrambi i facciali. Aboliti i rotulei.

Caso di Charcot.

Il paziente era un uomo di 44 anni che 12 anni prima aveva avuto lue: 18 mesi prima dell'ingresso alla Salpetriére ammalò di una sensazione vaga nel territorio del trigemino. Dopo poco tempo si svilupparono disturbi della deglutizione e del linguaggio. Successivamente ebbe diplopie, crisi gastriche e senso di cintura; torpore nel 4.° e 5.° dito di entrambe le mani, impotenza, disturbi vescicali. L'esame confermò tali sintomi si notò inoltre alle ricerche elettriche, praticate sul massetere, reazione degenerativa. Il fondo dell'occhio risultò normale. La immagine laringoscopica rilevò una paresi degli adduttori delle corde vocali.

Caso del Dott. Martin Bloch (78).

Paziente di 55 anni. Maestro. Negativa l'eredità, nega infezioni specifiche. È coniugato ed ha 2 bimbi sani. La moglie ha abortito 1 volta, 2 bimbi morirono nell'età lattante per tumori al corpo (ascessi scrofolosi, lue congenita?) La malattia si iniziò nel 1890 con dolori alle gambe. Nel 1895 paralisi dei muscoli oculari a destra e diplopie; nel 1895 paralisi nei muscoli oculari di sinistra. Dal 1896 progressiva diminuzione dell'acutezza visiva.

Da un anno osserva incapacità nelle mani, gli riesce difficile abbottonarsi e portare i cibi alla bocca. Iscuria. Incontinenza. Maschera tabetica, voce nasale, masticazione e deglutizione difficili; i liquidi rifluiscono per le narici la saliva fluisce dagli angoli boccali. Solletico alla gola, tosse spasmodica, respirazione disturbata. Esame obiettivo. Sintomi di ateromasia diffusa. Ptosi incompleta all'occhio destro. Anisocoria (S < D); iridoplegia. A destra paralisi del VI, del retto superiore e interno, paresi dell'inferiore; a sinistra paresi di tutti i muscoli oculari. Amaurosi bilaterale per atrofia dei nervi ottici. Sensibilità diminuita nel territorio del trigemino. Paresi dell'apparato masticatorio. Il linguaggio ha il carattere tipico della malattia bulbare, è nasale, fioco, a timbro monotono e difficilmente intelligibile. Paresi bilaterale del facciale. Il fischiare e il tenere gonfie le gote è impossibile. La lingua si pretende incompletamente e devia verso destra. Il velo palatino viene poco sollevato; la paresi è a d. < s. All'esame laringoscopico si notò paralisi dei postici con integrità del laringeo superiore. Andatura atassica. Disturbi sensitivi negli arti. Impotenza.

Digitized by Google

Caso di Herr-Jacobsohn (74).

Paziente di 47 anni proveniente da sana famiglia, coniugato senza figli; da 3 anni è impotente, attualmente si lagna di difficoltà del respiro, di sensibilità diminuita nella lingua, disturbi vescicali.

Esame obiettivo. Psiche normale rigidità pupillare, lieve ptosi. Ipoestesia nella cornea sinistra e nel territorio del 2° e 3° ramo del trigemino a destra, espressione rigida del viso, debolezza della muscolatura delle labbra, impossibilità di fischiare, col soffiare volta l'angolo sinistro della bocca aperta dal quale viene fuori aria e sovente fluiscono gli alimenti liquidi. L'esame laringoscopico fa notare una paralisi bilaterale dei postici. Linguaggio monotono, prolungato, interrotto, nasale. Palato molle cadente. Polso frequente, 120 al minuto. R 24.

Aboliti i riflessi. debolezza vescicale.

Caso Dott. George e Rennic (75).

Uomo di 50 anni. Prima di 17 anni accusava manifestazioni di sifilide secondaria con alcoolismo. Da 4 anni debolezza alle gambe, debolezza vescicale, costipazione con dolore, 2 mesi prima dell'accettazione all'ospedale, difficoltà nell'inghiottire, disturbi del linguaggio e del respiro.

Esame obiettivo. Indistinto balbettamento del linguaggio, difficoltà nell'inghiottire specie cibi solidi. Paralisi bilaterale degli adduttori delle corde vocali. Durante l'inspirazione che avviene con grande rumore, le corde vocali hanno la tendenza a chiudersi. Emiatrofia destra della lingua. La paralisi dei postici aumentò e rese necessaria la tracheotomia. La morte avvenne per polmonite ab ingestis.

Caso di F. Chvostek (76).

Uomo di 39 anni. Dopo 18 anni da un infezione sifilitica, si sviluppò con rapido decorso la tabe. Si notarono parestesie, dispnea, impotenza, crisi laringee: disturbi vescicali. Successivamente dolori di capo, debolezza nella masticazione, nell'inghiottire.

Due anni dopo l'inizio della malattia, si notò paralisi dell'oculomotore bilaterale, parziale paresi dell'abducente di sinistra, fenomeni irritativi a carico del territorio sensitivo del trigemino nella metà destra della faccia. Perdita dell'odorato a destra; atrofia dei muscoli innervati dal trigemino; paralisi bilaterale del muscolo crico-aritenoideo posteriore. tachicardia, paralisi del facciale di destra; la metà sinistra del torace poco partecipava alla respirazione.

***

Dalle paralisi dei nervi bulbari passando a quelle dei cervicali si trova nella letteratura un caso isolato di paralisi del diaframma, dovuto a C. Gerhardt (77). L'autore dopo avere mirabilmente tratteggiato il quadro nosografico delle paralisi del frenico; alle cause

Digitized by Google

etiologiche delle paralisi diaframmatiche finora esposte e note, aggiunge la tabe.

Seguono a questa rara paralisi quelle atrofiche degli arti. Ho da premettere parlando di esse, che noi passiamo da quelle, le quali dal solo aspetto clinico si possono a priori dichiarare di natura nevritica, a quelle nelle quali anche i criterî di diagnosi differenziale sono insufficienti a farle riconoscere di natura neuritica o mielopatica. Le paralisi degli arti non si differenziano da quelle dei nervi cervicali, però clinicamente parlando, esse per sola ubicazione anatomica, possono con maggiore sicurezza interpretarsi d' origine nevritica. E' nota dal punto di vista nosografico la difficoltà di diagnosticare la natura di queste paralisi atrofiche. In favore della natura nevritica stanno i seguenti criterii : la bilateralità dell' atrofia, la maggiore frequenza di esse negli arti inferiori, la rarità delle contrazioni fibrillari, la dolorabilità e l' iperestesia alla compressione dei tronchi nervosi.

Oltre a tutto ciò alcune paralisi atrofiche della tabe sono altresì unilaterali, limitate cioè ad un solo muscolo, carattere che è delle sole nevriti traumatiche. Ed invero a tale interpretazione sono incorsi gli autori nella ricerca patogenetica ; però non occupandomi per il momento dei fattori etiologici di essa, tengo a farne rilevare soltanto la natura anatomo-patologica, e questa in tali manifestazioni cliniche appare indiscussa. Queste paralisi sono rarissime rispetto alla frequenza di quelle dei nervi cerebrali ; mi sono occupato della letteratura degli ultimi 10 anni e mi é riuscito di riscontrare solo 6 casi di paralisi unilaterali. Fra esse 3 riguardano paralisi del peroneo con atrofia dei muscoli da esso innervati, in pubblicazioni di Finkelnburg (78) e A. Westphal (79). L. Wagner (80) ha pubblicato una paralisi atrofica unilaterale dell' estensore del piede, Remark (81) la paralisi atrofica del mediano e Nonne (82) quelle del n. ulnare.

Nella mia raccolta ne ho trovate due che si ebbero in casi di tabe volgare. In una di essi esisteva paralisi dell' estensore comune delle dita della mano destra con atrofia, e nell' altro eravi una paralisi atrofica del peroneo di sinistra. Il primo sifilitico non ebbe vantaggio alcuno della cura specifica ; il secondo non aveva nell' anamnesi fattori tossici e costituzionali. Le dissi paralisi molto rare ed invero fra 200 tabetici al 2° periodo della malattia, non si può notare una percentuale maggiore dell' 1 0[0. La frequenza di queste paralisi a carico del peroneo si mise da parecchi in rapporto con la frequenza dei traumi nella regione della gamba ove questo nervo decorre a ridosso della fibula, tanto vero che per un pezzo si ritennero di natura traumatica, ma le successive pubblicazioni di paralisi tabetiche con designazioni anatomiche diverse, hanno frustrato un tale concetto.

Digitized by Google

Dal gruppo delle paralisi atrofiche monalaterali si passa alle atrofie nevritiche che colpiscono l' istesso muscolo, però bilateralmente ; queste pur conservando le caratteristiche delle atrofie nevritiche non si possono dire assolutamente tali interpretate con il solo ausilio nosografico ; per frequenza sono anche più rare delle precedenti. Il Nonne nell' istesso lavoro, già avanti citato, descrive la storia di un tabetico sifilitico che presentò un' atrofia bilaterale dell' ulnare ; e nel 3° dei casi, da esso riportati, si riscontra una paralisi atrofica bilaterale del peroneo.

Nei tabetici che furono oggetto delle mie ricerche si riscontrò una sol volta una paralisi bilaterale dell' estensore comune delle dita ; però il malato aveva avuto fenomeni di intossicazione da piombo, i fatti paralitici si svolsero nel decorso della evoluzione della tabe. Tali casi però vanno seguiti fino all' esito della forma morbosa, perchè si possa stabilirne delle categorie speciali ; dico ciò, perchè a me sembra che quì noi ci troviamo in presenza di manifestazioni iniziali di sindromi atrofiche più complesse ad es. le paralisi del peroneo fanno pensare alla possibilità del tipo Charcot - Marie in via di evoluzione e quelle dell' ulnare a quella di Aran - Duchenne.

Non mancano infatti casi di questo genere nella letteratura. A. Eulenburg (83) descrive l' atrofia dei muscoli delle dita, di quelli interossei, e dell' avambraccio in un tabetico, che dal lato destro aveva il processo atrofico più progredito che dal lato sinistro. L. Wagner (84) descrive un tipo più puro con la caratteristica mano ad artiglio.

Le atrofie tabetiche, anche più complesse, sono state descritte da Arthur e Whetting (85) in un malato nel quale l' atrofia della spalla sinistra può riferirsi al tipo Duchenne-Erbe: in un altro tabetico da essi stessi riportato alla spalla di sinistra il processo atrofico si avvicinava al tipo innanzi detto, nel braccio destro al contrario il tipo dell' atrofia era quella di Aran - Duchenne. In tali casi è difficilissimo poter determinare il fondo anatomo-patologico di tali paralisi ; innanzi a questi quadri clinici si rimane perplessi e finora non possediamo criterii differenziali che ci possono far giustificare un qualsiasi orientamento. Lo stesso dubbio invade il clinico innanzi a casi come quello di Koche P. Marie (86) nel quale oltre all' emiatrofia della lingua esistono, atrofia del deltoide sinistro dell' interosseo e pollice dello stesso lato ; laddove indubbia si rileva la origine nevritica in casi come il primo riferito nel lavoro di Nonne, nel quale si era notato come prodromo della tabe un' atrofia in toto della sola mano destra che restò sempre stazionaria. Quì dunque l' aspetto clinico di tali atrofie è uno dei criterii che come può renderci impossibile la diagnosi di natura, ce la può in speciali evenienze far apparire facilissima.

Digitized by Google

Un caso non molto dissimile fu quello avuto all' ambulatorio del Prof. Sciamanna nel quale in un' individuo di 50 anni con anamnesi negativa, che da circa 8 anni soffriva di dolori fierissimi agli arti inferiori, si andò progressivamente notando un' atrofia dell' arto inferiore destro. La reazione degenerativa in alcuni muscoli esisteva ed in altri no. Nessun accenno di atrofia negli altri; si notava tutta la fenomenologia tabetica.

Un gruppo a parte hanno sempre costituito le atrofie che simmetricamente invadono i muscoli degli arti o superiori o inferiori e a questo quadro speciale fin dai tempi di Charcot si dette nome di tabe amiotrofica; però avendo il Chretien e Thomas (87) pubblicato un caso di tabe nel quale l' atrofia precedette di molto lo sviluppo della sindrome generale, essi vollero a queste eventualità cliniche negato l' appellativo di tabe amiotrofica. Una tale riserva ha un valore molto relativo rispetto alle questioni fondamentali che si sono esposte in rapporto alla base anatomo-patologica di questa speciale forma morbosa.

Esporre minutamente la letteratura mi sembra superfluo, i casi pubblicati con dettagliati reperti anatomici, stanno a dimostrare che le teorie emesse sono basate su dati di fatti, e che, su questa questione peculiare si ripercuote tutta la questione generale della patogenesi del processo tabetico. Come per i disturbi sensitivi, e per essere più precisi, come per le radici posteriori anche per le anteriori sonosi ripetuti i medesimi quesiti. Due teorie, da parecchi anni, si disputano il campo scientifico, quella sostenuta da Charcot, Westphal, Leyden, Pierret, Raymond ecc. la quale subordina le atrofie alle lesioni delle cellule gangliari delle corna anteriori; e quella patrocinata da Dejerine, Oppenheim, Siemerling, che le subordina a processi infiammatorii o degenerativi dei nervi periferici.

I seguaci della 1.ª teoria hanno successivamente allargato il loro primitivo concetto, ammettendo alterazioni nella sostanza grigia motrice del midollo, come ripercussione delle alterazioni esistenti nei cordoni posteriori. I reperti anatomici dei casi finora pubblicati hanno confermato i concetti di entrambe le dottrine. Il Colella (88) invece nei suoi casi, in base ad un minuto esame anatomico afferma che nella tabe possono aversi paralisi amiotrofiche gravi ed estese le quali non riconoscono per base alterazioni atrofiche delle cellule gangliari, nè apprezzabili lesioni infiammatorie degenerative dei nervi periferici; ma bensì sono dipendenti da una lesione primitiva generalizzata e profonda delle radici anteriori della midolla spinale, costituite da nevriti parenchimali o da focolai necrotici disseminati nelle radici spinali medesime.

Senza entrare in ulteriori dettagli, da quanto fin qui si è detto sulle atrofie tabetiche, emerge chiaro il fatto, che dal punto di vista clinico questa malattia offre quadri di atrofie muscolari nei quali l' origine ne-

Digitized by Google

vritica di essa emerge da criterii di disposizione topografica; ma all'infuori di questo limitato numero di casi, la diagnosi di sede è impossibile.

*
* *

Le monoplegie si verificano nella tabe molto raramente e possono essere di 2 sorta: transitorie o stazionarie. Circa le transitorie è da osservare che possono essere o d'origine nevritica o puramente funzionali legate a squilibrii circolatorii centrali.

Della 1.ª categoria è il caso seguente:

F. D. - tabetico - 54 anni - Non sifilitico, ma alcoolista e malarico - A 49 anni dolori e debolezza alle gambe, con grande deficienza nella mobilità dell'arto inferiore sinistro. - In seguito ulcerazioni simmetriche fra l'alluce e il 2.° dito - Aumento della debolezza degli arti e monoplegia sinistra. - Dopo qualche mese eruzioni bollose simmetriche nelle gambe non giudicate sifilitiche da specialisti.

Tutta la sintomatologia tabetica.

Doloribilità lungo i tronchi nervosi delle gambe e lungo le docce vertebrali nella sezione dorso lombare. La monoplegia migliorò dopo insistenti cure, residuando una monoparesi appena appariscente.

Non cade dubbio sulla natura nevritica di tale monoplegia, la patogenesi è corollario non solo dell'esame obbiettivo, ma della specificità dei fattori etiologici, alcool e malaria.

Un tabetico che presentò anche una monoparesi sensibile, fu un tipografo di Siracusa di 41 anni.

Ebbe i genitori e gli altri membri di famiglia morti di colera; a 25 anni contrasse sifilide a 37 s'iniziò la tabe. Un giorno nell'atto del coito fu assalito da tosse violentissima con ripercussione dolorosa lungo tutta la spina. Tali accessi si ripetettero nei giorni successivi parecchie volte. Dopo tali crisi; impotenza e debolezza degli arti inferiori ed atassia. La debolezza al movimento si accentuò tanto nell'arto inferiore destro, che questo malato nel cammino trascinava le gambe. All'esame obiettivo si confermò la monoparesi destra e si riscontrarono i sintomi patognomonici della tabe.

Con la sospensione, i bottoni di fuoco, si migliorò dalla monoparesi, però dopo qualche mese, si ebbe la recidiva con la stazionarietà della sindrome

Difficile è l'interpretazione patogenica di tale forma di paralisi che prima recidiva e poi si rende stazionaria.

Molto probabilmente essa non dovrà essere in diretto rapporto con la tabe; ma bensì con qualche focolaio centrale, come si verificò nel

Digitized by Google

caso pubblicato da Mageotte e Lenoble (89). Qui si riscontrò un focolaio mielitico centrale dovuto a trombosi capillare interessante il cordone antero-laterale del midollo. - Anche nel caso degli autori trattavasi di un sifilitico.

Più raro ancora è il reperto avuto da Morton Prince (90) in una forma di tabe incipiente con monoplegia destra; questa era mantenuta da un piccolo rammollimento nella capsula sinistra, conseguenza di processi endoarteritici. Bisogna pur dire che queste sindromi nella tabe sono pure rarità, ed in genere sono espressioni di morbi associati. Non si può d' altronde disconoscere che spesso mancano a noi i dati clinici ed anatomo-patologici che sono in grado di farci fare la diagnosi di morbo associato; tale indeterminatezza si verifica specialmente nelle forme periferiche di origine nevritica. I focolai di rammollimento di origine arteriosclerotica sono di un'eccezionale rarità, più facilmente si trovano le lesioni vasali in relazione con endoarteriti sifilitiche, che veri stati di degenerazione ateromasica delle pareti.

La rarità della ateromasia è un altro punto di raffronto che tiene stretta la tabe e la paralisi progressiva nell' unità del concetto patogenetico; invero come nei tabetici, così nei paralitici eccezionalmente si riscontrano ateromasie diffuse cerebrali.

Si disse antecedentemente che le monoplegie transitorie possono essere di natura nevritica e ne adducemmo un esempio occorsoci; ma una monoparesi o monoplegia potrebbe essere anche determinata da un disturbo di circolo centrale dovuto ad inerzia o ad eccesso di funzionalità di un arto. Se, come vedremo in seguito, esistono nella tabe paraplegie di tal natura, non è esclusa la possibilità che vi sieno forme monoplegiche.

Questa però ancora è una pura induzione che non ha avuto la sanzione del fatto clinico.

***

Le identiche considerazioni e la medesima partizione nosografica si deve fare nel capitolo della tabe rispetto alle forme emiplegiche. Molte volte la emiplegia nella tabe è fugace, transitoria, non è preceduta da ictus; la durata è di qualche giorno o settimana, essa guarisce spontaneamente e può recidivare o dallo stesso lato o dal lato opposto. Essa può essere inoltre permanente; ma in tal caso, come per le monoplegie, non si tratta più di sindromi motorie, legate direttamente a processi tabetici; ma bensì sono morbi associati.

Il Trousseau (91) fece il primo accenno di emiplegie in tabetici, poi seguirono il Pierret (92), il Wulpian (93) e il Debove (94)

Digitized by Google

il quale conclude il suo lavoro affermando che « la emiplegia dell' atassia locomotrice interessa ora la motilità sola, ora la motilità e sensibilità (generale e speciale). Essa colpisce l' una e l' altra parte del corpo; quando ha sede a destra si accompagna con l' afasia. Il determinarsi di essa è subitaneo e rapido, e non s' accompagna con perdita della coscienza; è, come le paralisi oculari, transitoria. Bisogna guardarsi dall' attribuirle una origine specifica, basandosi su quelle guarite col iodio e mercurio. Essa viene al periodo della malattia, nel quale si hanno le paralisi oculari e non è legata a lesioni macroscopiche del cervello ».

Nella mia raccolta ho riscontrato malati con emiparesi. Tutti erano contagiati da sifilide ed avevano presentato i sintomi cardinali per la diagnosi di tabe. Uno di essi ebbe emiparesi destra preceduta da ictus afasici. Nell' altro non si notarono disturbi di coscienza; ma l' emiparesi era complicata a tremori ritmici che animava l' arto inferiore colpito. Le sindromi emiparetiche rimasero stazionarie, i soggetti finirono paralitici nel manicomio di Roma.

Non ho riscontrato vere e proprie emiplegie stazionarie, le quali, a quanto ne dice la letteratura, sono dovute a morbi associati alla tabe.

Le emiparesi dei casi su riferiti, a seconda si voglia considerare la paralisi progressiva come una malattia associata alla tabe o della stessa natura, rientrano nei disturbi motorî associati a tabetici o no.

Sono frequentissime queste sindromi emiparetiche nei paralitici, qui invero si possono avere processi meningo-encefalitici, i quali si estendono a chiazze più o meno larghe sulla superficie cerebrale colpendo centri più o meno importanti. Ciò è tanto vero, che io ricordo di un paralitico che tenni in cura e che sarà oggetto di pubblicazione, il quale in vita presentò un' afasia acustica tipica tanto che la diagnosi di paralisi potè essere fatta solo al tavolo anatomico. In questo caso il processo anatomico aveva colpito quasi per intero la 1.ª circonvoluzione temporale di sinistra, simulando un focolaio di esteso rammollimento

Qual maraviglia dunque che nel processo della tabe queste emiparesi sieno segni precursori clinici di una paralisi progressiva che si estrinseca in prosieguo in tutta la sua ricca sintomatologia psichica? A questo punto invero mi piace di richiamare l' attenzione anche sul rapporto esistente fra queste forme emiplegiche e le paralisi oculari tabetiche, rapporto notato anche da Debove. Ho detto precedentemente che le paralisi oculari indicano invasione del processo tabetico in alto. Le emiparesi, che facilmente si accompagnano ad esse, sono altri argomenti che ribadiscono sempre più il mio primo concetto emesso a carico del significato nosografico delle paralisi oculari: la contemporaneità del loro sviluppo mi conferma che *le paralisi oculari sono per lo più prodromi di*

Digitized by Google

paralisi progressiva; le emiparesi rivelano per lo più processi corticali già in atto.

Di difficile spiegazione sono l'emiplegie transitorie notate dagli autori nella tabe, accompagnate da disturbi sensitivi sensoriali più o meno estesi. Il Wulpian le ritiene di natura isterica; il Grasset crede che questi disturbi della sensibilità sieno dipendenti da confluenza delle diverse zone anestesiche di origine spinale; ci sono altri che le credono in rapporto con disturbi iperemici cerebrali o in relazione a piccole emorragie capillari (Hanot - Ioffroy); altri che sieno in diretto rapporto col processo tabetico (Debove - Slecewiez).

Non possiamo su ciò dire l'ultima parola, poichè occorre più ricca casistica. Io ritengo di poter affermare però, che le emiplegie, quando si presentano discompagnate dalle emianestesie o emiipoestesie, sono in rapporto a processi di meningo-encefalite o dipendenti da squilibrî di irrorazione sanguigna, tanto frequenti in questa malattia: in quest'ultimo caso va considerata la tabe non come malattia esclusivamente spinale, ma bensì cerebro-spinale.

***

Un fatto, sul quale da pochi è stata richiamata l'attenzione, è l'improvviso presentarsi di una paraplegia nel decorso della tabe; paraplegia la quale precede il periodo atassico, o, se i malati sono già atassici, aumentano sensibilmente il disordine motorio. Tali paraplegie son pur esse transitorie, possono durare parecchi giorni, fino a qualche settimana, possono inoltre recidivare con lunghi periodi intervallari fino a rimanere stazionarie, o rimangono tali fin dall'inizio.

Tutto ciò venne dapprima notato dal Gowers (95), il quale nel suo trattato clinico così si esprime:

« Ho conosciuto un paziente che passava nel decorso di 24 ore da « uno stato in cui egli poteva camminar bene ad un altro in cui po- « teva appena stare in piedi. La forza muscolare può diminuire, in « tali esacerbazioni subitanee, ovvero tale indebolimento può essere « confinato al sintomo speciale del male, l'atassia. Lo stato che così « si svolge, può di nuovo scomparire lasciando il paziente in un livello « più basso di prima, ma spesso persiste senza considerevole miglio- « ramento ».

Più recentemente P. Marie (96) porta un altro esempio. Egli narra di un americano del Sud che, visitando la sua proprietà e volendo saltare un fosso, avvertì, tutto di un colpo, piegarsi le gambe, cadde e restò paraplegico per qualche mese: era un tabetico.

Digitized by Google

Vanno ben inteso distinte queste forme paraplegiche da quel complesso sintomatico già noto da tempo ai clinici e che va sotto il nome di *derobement de jambes*, tale disturbo subentra spesso nei tabetici dopo un forte ed improvviso dolore lancinante. In tali circostanze può occorrere che si pieghino improvvisamente le gambe del malato, il quale può pure cadere, ma ben presto si rialza e tutto finisce, laddove negli attacchi paraplegici le condizioni motorie dei malati vanno quasi sempre peggiorando.

Il Prof. Sciamanna mi ha riferito che ha veduto spesso queste forme paraplegiche in tabetici dopo aver sopportato lunghi viaggi, paraplegie che sono state sempre transitorie.

Nella raccolta da me esaminata vi è il caso di un cavallerizzo il quale si accorse di essere tabetico dalla seguente circostanza: un giorno dopo essere stato a cavallo per circa 4 ore, ritornando alla scuderia, nell'atto di smontare di sella, precipitò al suolo, nè gli fu possibile alzarsi. Fu trasportato a casa ove per 3-4 giorni perdurò la paraplegia alla quale seguì una paraparesi che si protrasse per qualche mese. Visitato dai sanitarî fu fatta diagnosi di tabe dorsale essendo in atto tutti i sintomi proprî a questa forma morbosa. Si è detto che in seguito vi fu un notevole miglioramento del sintomo paralitico; però l'atassia che dapprima era quasi impercettibile, tanto da permettergli l'esercizio della professione, in seguito a tale accidente lo rese inabile al suo mestiere.

Oltre alle già dette, v'è un'altra serie di paraparesi nella tabe le quali non sono propriamente legate ad essa, ma subordinate alla forma isterica che ad essa si associa.

Tali forme motorie arrivano alla dignità di vere paraplegie flaccide; per via indiretta se ne fa cenno in questo capitolo; dico via indiretta, perchè essa è una manifestazione della isteria tabetica, ed invero l'isteria, per sè, non può dare un quadro così strano, nè è sufficiente soltanto la tabe a spiegarlo.

Riferisco ad illustrazione i seguenti cenni bibliografici di una malata:

A. M. 33 anni — Lue ereditaria. Maritata, ha avuto 2 figli; uno nato morto, l'altro tuttora vivente. Fino dal 1870 soffre di torcicollo, fu sofferente anche di strabismo per immobilità dell'occhio destro, che guarì mediante applicazioni elettriche praticate dal Prof. Businelli.

Nella piccola età fu rinchiusa in collegio e ne sortì a 17 anni. In seguito ad un amore contrastato dai genitori andò soggetta ad attacchi isteroidi. A 23 anni si maritò e si accorse che l'occhio destro diminuiva d'intensità visiva, le pupille si fecero midriatiche, divenne ambliopica e ne guarì mercè cure elettriche ed eserina. Nel 91 di bel nuovo midriasi e dopo qualche mese diplopia e difficoltà nel movimento di elevazione della palpebra

Digitized by Google

superiore destra. Da quell'epoca andò soggetta a dolori trafittivi nelle gambe, che l'obbligavano a stare in letto. Nei periodi di massima intensità dolorifica si determinavano *paraplegie flaccide* che a seconda dell'acuzie dei dolori, ora erano paraplegie, ora paraparesi. Aveva inoltre tutto il complesso sintomatico della tabe.

I fatti motorî a carico degli arti inferiori, di cui si è fatto cenno, si prolungavano per qualche settimana dopo l'attacco doloroso, risolvevano in genere per lisi.

Il rapporto costante fra il determinarsi di tali fatti motorî e l'evenienza dei periodi dolorosi, la corrispondenza fra l'acutezza di essi e la gravità della paralisi, sono la migliore dimostrazione che esse sono di natura psichica determinate occasionalmente dal dolore folgorante della tabe. Gli è perciò che molto opportunamente il Dejerine (99), per il primo, le diagnosticò di natura funzionale.

Fin ora dunque si è parlato di paraplegie o paraparesi transitorie, che possono considerarsi come episodi intercorrenti nel decorso normale dell'evoluzione morbosa della malattia, costituenti tappe foriere di peggioramento del disturbo atassico. Non è escluso del resto che esse, pur presentandosi all'improvviso, restino definitivamente immodificabili. Tali eventualità si desumono dallo studio dei casi clinici: da alcuni che recentemente furono oggetto di una lezione clinica del Prof. Mingazzini (98) e da altri di mia osservazione che riferirò brevemente. Si disse già che alle paraparesi stazionarie si può arrivare anche dopo recidive di paraparesi transitorie, ed invero ciò si desume anche dalle osservazioni surriferite.

Nel caso N. 2, riferito dal Prof. Mingazzini, l'infermo andò soggetto, per due volte, ad attacchi paretico-atassici che si risolvettero in una paraparesi stazionaria. Nella osservazione N. 3 la paraplegia sorge « *d'emblè* »; infatti il malato dopo parecchi mesi di protratta sofferenza per dolori agli arti inferiori, dopo aver fatto una lunga passeggiata, si sentì improvvisamente mancare le forze nelle gambe, sicchè non potè più stare in piedi e dimorò per lungo tempo all'Ospedale di S. Spirito di Roma, paraplegico.

I casi da aggiungere sono i seguenti:

B. A. 30 anni — Nega lue, confessa abusi di alcoolici. Da 4 anni dolori lombari e dolori lancinanti negli arti con lieve edema: ad uno di tali periodi ne segue in genere uno di benessere.

Viene colpito da infezione tifosa: dopo tale malattia la forza negli arti diminuisce sensibilmente, però dopo sei settimane di convalescenza guarisce e può camminare liberamente. Trascorso un periodo di tempo di parecchi mesi ricominciano i dolori pei quali fa bagni e massaggio. Dopo una seduta alquanto prolungata, ripresenta la paresi agli arti inferiori, che ben presto si converte in paraplegia, sicchè non può più muoversi da letto.

Digitized by Google

I sintomi somatici che presenta all'esame sono: iridoplegia alla luce. Diminuzione della sensibilità tattile e dolorifica negli arti inferiori - Atassia - Riflessi rotulei aboliti - Biernacki positivo - Romberg positivo - Paresi vescicali.

Osservazione II. - *B. E.* - Ingegnere, 40 anni, padre amaurotico. Infezione morbillosa nell'infanzia, perniciosa all'età di 15 anni. Reiterate infezioni veneree, adeniti inguinali. A 27 anni andò a matrimonio ed ebbe 4 figli, non aborti. Un anno prima di ammalare facile esauribilità muscolare negli arti inferiori. Qualche mese di eccitamento sessuale; indi impotenza. La debolezza degli arti si andò progressivamente accentuando, le gambe diventarono di una rigidezza insolita nei movimenti. In tali condizioni una sera si recò a cena fuori di casa e volle rincasare verso la mezzanotte; strada facendo si accorse che non riesciva a dirigere in modo coordinato i movimenti. L'atassia in capo a 7 giorni ebbe tale enorme sviluppo da impedire il cammino al paziente, tanto che fu costretto di mettersi a letto. Ricoverato a S. Spirito, dopo qualche mese si presentarono fatti quasi paraplegici e inizio di alterazioni psichiche che preludiarono la demenza paralitica, la quale lo condusse al manicomio di Roma.

La tabe ebbe questo decorso nello spazio di 2 anni. Miosi pupillare, sintomo di Argyl-Robertson. Lieve nistagmo. Paraparesi grave arti inferiori. Rotulei aboliti. Atassia, sensibilità tattile e dolorifica diminuita in entrambi gli arti. Ritardo nella percezione dello stimolo tattile e dolorifico, pervertimento sensorio. Paralisi vescicale, delirî di grandezza, euforia ecc.

Osservazione III. - *B. M. 46 anni* - Dieci anni prima dell'inizio della malattia contagiato da sifilide. Da 4 anni dolori lancinanti alle gambe, con progressiva deboleza di esse. Dopo un viaggio di 6 ore in ferrovia, giunto alla stazione di arrivo, fu costretto a recarsi a casa in barella. Dopo qualche settimana migliorò la mobilità, tanto che egli riprese la vita ordinaria degli affari. All'età di 24 anni fu assalito da una crisi dolorosa alle gambe che l'obbligarono a stare in letto per 6 giorni; cessati i dolori riapparve la grave paraparesi; non potè levarsi da letto che dopo qualche mese. Riavutosi dalla paraparesi, si ammala di bel nuovo dopo circa 6 mesi con un nuovo accesso paraparetico che questa volta divenne stazionario, e fu così accentuato, che l'infermo dovette servirsi delle gruccie, e procedeva trascinando i piedi. Durante la malattia ha sofferto sempre di forte stitichezza. Finisce paralitico.

Anisocoria - Tremolio delle mani estese - Iridoplegia alla luce - Rotulei aboliti - Inizio di alterazioni psichiche proprie della demenza paralitica.

Osservazione IV. - *M. G. 58 anni* - Negativa l'eredità negli ascendenti. Da giovane fu contagiato da sifilide. All'età di 50 anni si ammalò con dolori folgoranti diffusi agli arti superiori ed inferiori. Dopo 2 anni inizio di progressivo indebolimento visivo. A 54 anni, un giorno dopo aver salito la scala di casa sua di 100 e più scalini, fu preso da grave indebolimento negli arti inferiori e da paraparesi che l'obbligò a letto per qualche mese. Riavutosi, si aggravò l'atassia, la quale impedivagli sensibilmente il cammino. Alla distanza di circa 10 mesi dal primo attacco paraparetico, un giorno, durante una passeggiata, fu colpito da indebolimento improvviso degli arti nè potè

Digitized by Google

più procedere oltre. Condotto a casa e messo a letto, non gli riuscì di poternelo più abbandonare, essendo sopraggiunta una paraparesi così grave da rendergli possibili solo pochi movimenti nel decubito dorsale. Gli arti inferiori progressivamente si andarono assottigliando.

Miosi pupillare. Iridoplegia alla luce. Atassia arti superiori e inferiori. Rotulei aboliti. Atrofia delle papille. Ipoafia nelle regioni dorsali delle mani e dei talloni dei piedi. Paraparesi grave. Ipotrofia arti inferiori. Iscuria paradossa. Romberg positivo.

Dai dati clinici si riassumono i seguenti fatti: nella tabe, in seguito ad elementi occasionali di varia natura (sforzi, eccessi funzionali, scotimenti del midollo, ecc.), si possono produrre paraparesi e qualche volta paraplegie transitorie. Dopo la risoluzione di tali paraplegie si nota sempre il peggioramento del disturbo atassico. Vi possono essere nella tabe paraparesi e paraplegie stazionarie che più raramente sorgono d'emblè; per lo più succedono a varî attacchi di paraparesi transitorie.

Quale spiegazione può avere dal punto di vista patogenetico questa serie di fatti?

Non è stato possibile fin'ora completare lo studio clinico con illustrazioni anatomo-patologiche, dimodochè non possiamo avanzare che delle ipotesi, in armonia con i concetti patogenici vigenti attualmente in questa malattia.

Il Prof. Mingazzini espone in rapporto a ciò vedute tutte sue proprie. Egli ammette che di tanto in tanto in questa malattia entri in circolo una determinata quantità di tossine paraluetiche; se questa data quantità di veleno andrà a molestare certe zone, ne lascierà in pace altre. Si sa infatti per esperienza, che pazienti i quali van soggetti a crisi gastriche e laringee, durante tal periodo hanno una tregua nei dolori lancinanti agli arti e viceversa. In breve, l'autore tende a ritenere che il veleno paraluetico si intensifichi nella sua azione a carico di alcuni territorî anatomici sotto determinate influenze, fin ora a noi sconosciute; questa specie d'intensificazione tossica scaricandosi con maggiore energia verso un determinato organo o sistema, ne risparmia transitoriamente altri, sui quali agiva in precedenza. Con tale ipotesi, egli non solo si spiega il fenomeno in discorso, ma tutto lo svariato e multiforme decorso dalla tabe.

Ciò premesso, mi sembra che allo stato delle nostre conoscenze sulla patogenesi della tabe, non vi sia necessità di pregiudicare la dibattuta questione sull'elemento etiogenico della malattia per spiegarsi tali fatti, tanto più che noi abbiamo nella patologia nervosa argomenti analogici che spiegano tali fenomeni senza ricorrere a nuove ipotesi. Riferendoci invero alle condizioni anatomiche dei tessuti del midollo spinale nella tabe, a nessuno può sfuggire la facilità con la quale in quelle condizioni

Digitized by Google

possano prodursi ischemie più o meno transitorie, disturbi di circolo centrali in individui per lo più affetti da sifilide, inquinati quindi nelle condizioni strutturali delle pareti dei vasi.

Premesso ciò, a nessuno sembrerà strano il comportamento di tali sintomatologie, il quale solo per via analogica consideri le sindromi spinali che spesso accompagnano le arteriti sifilitiche del midollo.

Qui, in conseguenza di ischemie midollari, prima che si stabilisca la paraplegia definitiva, si preannunzia uno stato di gravissima debolezza alle gambe, che sussegue dopo passeggiate piuttosto lunghe, debolezza che i malati non avvertono allo stato ordinario. È risaputo inoltre che in essi può accadere una vera claudicazione intermittente della midolla. È da stupirsi ora che il medesimo meccanismo di azione si ripeta nella tabe?

Qui le paraparesi sono più protratte poichè il disturbo di circolo si determina non soltanto su elementi anatomici più deboli, ma già direttamente compromessi in conseguenza dei perturbamenti trofici e funzionali da essi risentiti, in seguito a leggere alterazioni delle vie sensorie, ed in particolar modo mi riferisco alle fibre riflesse collaterali le quali, come è opinione accettata dalla gran parte di fisiologi e neuropatologi, si mettono in rapporto diretto con le cellule delle corna anteriori, fibre le quali non vengono risparmiate dal processo tabetico che involve le radici posteriori. Quando poi vi concorre l'elemento occasionale traumatico, deve tenersi in giusto conto lo scotimento comunicantesi al midollo ed ai suoi elementi, scotimento che, di per sè, può essere sufficiente a provocare fatti paretici.

La paresi motoria, la grave debolezza muscolare che succede a tali squilibrî di circolo, fa sì che l'atassia, la quale fin allora si era in certa guisa mantenuta latente mercè la tonicità degli apparati motorî, con l'indebolimento di questa si renda più appariscente; essa quindi non si aggrava, come impropriamente si afferma, ma si rivela maggiormente nella sua essenza.

Queste sindromi per fortuna sono rare; dico per fortuna, poichè in genere indicano condizioni anatomiche midollari molto misere, e giustamente il Prof. Mingazzini le ritiene patognomoniche di tabe maligna. In verità, quando diventano stazionarie indipendentemente dalla loro importanza anatomo-patologica, negli effetti che producono devono considerarsi tali, poichè i tabetici paraparetici vanno soggetti a tutte le influenze deleterie comuni ai malati paralitici costretti a letto per lungo tempo. tanto più che non infrequentemente in tali condizioni lo stato dell'infermo è aggravato da disturbi vescicali che accelerano l'esito letale della malattia. La malignità di queste forme è data altresì dalla relativa frequenza con la quale si associa ad esse la de-

Digitized by Google

menza paralitica, ed invero degli 8 casi citati 3 finirono paralitici e degli altri 7 parecchi non furono seguiti fino alla morte.

La recidività notata a carico di tali paraparesi accomuna, rispetto all' andamento clinico, questa sorta di disturbi motorî con le altre paralisi motorie di cui si è fatto cenno innanzi, e ricordo in particolar modo le paralisi oculari, le quali pur esse dapprima si presentano col carattere della transitorietà, per diventare, in breve lasso di tempo, definitive. Ai casi nei quali le paraparesi non si risolvono, ma restano stazionarie, quale interpretazione può darsi ? È questo un punto oscuro che potrebbe essere illuminato mediante indagini anatomiche.

Si presenta ora spontaneo il quesito. Tali paraplegie rappresentano l' ultimo periodo di una tabe a decorso rapido o sono sindromi che possono complicare anche la evoluzione ordinaria della malattia? Sono possibili entrambe le ipotesi.

Mi piace qui notare che, rispetto al decorso, un fatto quasi consimile si verifica nella demenza paralitica. Anche qui si possono avere evoluzioni brevissime della malattia; così io ne ho viste di quelle *galoppanti* della durata di meno di 2 anni e di quelle di una durata di circa 10. Beninteso si parla qui di forme nelle quali la malattia si è svolta, rapidamente si, ma in tutte le sue fasi cliniche; non sono in questa categoria compresi quei casi che vanno all'esito letale per accidenti intercorrenti o complicantesi alla malattia principale.

Tale andamento clinico ci è stato spiegato nei casi occorsici con reperti anatomici differenti.

Nel caso infatti della durata di 10 anni, che nosograficamente presentò tutta la fenomenologia che a tale malattia va connessa, si notò all' autopsia un atrofia primitiva gravissima di tutti i giri cerebrali, non aderenze meningee, non decorticazioni, non idrope nè ependimiti, fatti questi, che sono rilevantissimi nelle forme rapide, nelle quali, secondo me, prevale il processo meningo-encefalitico, laddove negli altri casi il processo è primitivamente *cerebrale*. Nei casi della 1ª specie i giri cerebrali sono presi con maggiore intensità ma in modo parziale, negli altri l' atrofia è uniforme nei giri e nei diversi lobi. Questi dati sono stati citati come argomenti analogici, mancando nella tabe reperti che ci possano dare spiegazione del fatto clinico incontestabile; che vi sono tabi a decorso rapidissimo saltuario disordinato, e ve ne sono di quelle cronicissime di lunghissima durata.

Non si può escludere, allo stato attuale della questione, che altri fattori mielitici si possano associare alla malattia principale per produrre paraparesi o paraplegie, nè si può discriminare se un nuovo processo anatomico sull' istesso fondo tabetico si svolga in tali circostanze.

Digitized by Google

Dal punto di vista clinico a me pare si tratti di una rapidità di processo in rapporto con peculiari attività tossiche dell'elemento etiogenico, il quale modifica il processo istologico nel senso di dargli un andamento più acuto, laddove con un' azione meno intensa della causa etiogenica si hanno forme cronicissime. Tale carattere è da aggiungersi a molti altri che ravvicinano la tabe e la demenza paralitica sotto il medesimo concetto patognomonico.

***

Esiste nella tabe un gruppo di fenomeni, che si riscontrano con grande rarità; quello costituito dai disturbi motorî, diciamo così a carattere più generale.

Comuni, è vero, sono nei tabetici i tremori che colpiscono le mani estese nella posizione di chi giura, e non molto rari sono quelli a carico del capo; però nella mia raccolta trovo 3 malati con sintomi motorî che io credo opportuno di rilevare.

Uno di essi di anni 31, pittore, si ammalò di tabe all'età di 29 anni. Non aveva contratto lues, nè aveva abusato di alcool; per motivi professionali aveva maneggiato colori a base di piombo. I primi sintomi tabetici furono costituiti da disturbi sensitivi dolorosi e paresi vescicali. Dopo circa un anno dall' inizio della forma morbosa, si manifestarono delle *scosse cloniformi* a carico della muscolatura delle gambe e delle coscie che gl' impedivano in modo sensibile la deambulazione, tanto che, in breve volgere di tempo, il malato fu costretto di stare a permanenza a letto. Tali scosse andarono progressivamente aumentando di frequenza e d' intensità, colpivano entrambi gli arti inferiori e, nei periodi di variazioni climateriche, oltre a succedersi con maggiore frequenza ed intensità, erano altresì dolorose Quando il malato fu osservato dal relatore, gli arti che erano tenuti nella posizione flessa, quasi a permanenza, si sollevavano dal piano del letto, in modo che le ginocchia toccavano quasi l' addome. Non vi erano atrofie muscolari, bensì una ipotrofia uniforme da inerzia funzionale. Tali scosse si accentuavano quando il malato si emozionava, e diminuivano di frequenza durante il sonno; ma non si abolivano del tutto, infatti il malato spesso si lamentava che durante il sonno era svegliato dalle contrazioni di cui qualcuna riusciva a scuotergli tutto il tronco.

Il decorso della forma durò quasi 4 anni; dopo 2 anni dall' inizio apparvero sintomi psichici proprî della demenza paralitica, che condusse a morte il paziente. All' autopsia si trovò il reperto tipico della tabo-paralisi.

Digitized by Google

Nell' altro malato esisteva una specie di *tremore anorganico*, dapprima limitato agli arti superiori e più propriamente a quello destro, tanto che i gravi disturbi che progressivamente si andarono accentuando nella scrittura, condussero il malato all' ambulatorio. In sulle prime ad un esame superficiale fu diagnosticato come un caso di mogigrafia, avendo il tremore tutte le caratteristiche del crampo degli scrivani. Però alle osservazioni successive si potettero rilevare tutti i sintomi patognomonici della tabe. Fu notato inoltre che questi tremori ad ampie oscillazioni, dapprima localizzati alle braccia, si diffusero agli arti inferiori, e perfino il tronco, quando il malato era seduto, oscillava ora dall' avanti all' indietro ora sui lati. Nel parlare, oscillazioni fascicolari si notavano nei muscoli innervati dal facciale, non mancavano contrazioni fronto-orbitali e disturbi della parola per difficoltà nell' adattamento funzionale delle labbra. In preda all'emozione non vi era parte del corpo che non presentasse disturbi motorî diffusi vuoi fascicolari, vuoi muscolari con movimenti in toto del tronco e degli arti, ognuno per sè. Tale quadro clinico durò parecchi mesi finchè al malato mancandogli la fiducia nella guarigione, fu perduto di vista nell' ulteriore decorso della forma morbosa, che per l'evidenza dei sintomi clinici fondamentali non aveva dato luogo ad ambagi diagnostiche.

Il 3.° malato aveva contratto lue a 27 anni; la tabe si manifestò verso i 45 a. Tre anni dall' inizio avvertì una debolezza negli arti di destra e dopo qualche mese nell' arto superiore destro si notò, allo stato di riposo un movimento ritmico di va e vieni che si accentuava quando l' infermo metteva le braccia nella posizione di chi giura.

Questo speciale tremore non aveva le caratteristiche di quello intenzionale. Si presentò all' ambulatorio che aveva 47 anni e morì demente paralitico 2 anni dopo.

Nessun caso riscontrai di movimenti coreini ed atetosici, già ricordati nella letteratura.

Credo opportuno, prima di accennare ai concetti patogenetici generali, esporre i dati dell'osservazione clinica.

Per ordine cronologico il primo accenno vago viene fatto da Leyden, Cruveilhier; e Rosenbach nell' anno 1876 pubblicò negli archivî di Virchow la storia di una donna di 60 anni da 20 anni tabetica. Aveva nelle dita movimenti claviformi; la loro estensione e flessione, i movimenti di adduzione e abduzione dei piedi corrispondevano al quadro dell' atetosi di Hammond e Oulmont. La sezione dette degenerazioni dei cordoni posteriori.

Andry de Lyon (99), in rapporto ad antiche osservazioni, riferisce un caso di tabe, nel quale nelle braccia si osservavano movimenti atetosici e nelle gambe brevi e spontanei movimenti, che si rassomiglia-

Digitized by Google

vano più a movimenti coreiformi. Facendo le relative induzioni anatomo-patologiche, inferiva che questi disturbi motorî nell'atassia locomotrice debbono mettersi in rapporto con sclerosi combinata dei cordoni laterali. Il Loquer (100) riporta la storia di una donna di 51 anni con fenomeni tabetici da 8-10 anni, accompagnati da movimenti crampiformi vermicolari, atetoidi circoscritti alle dita dei piedi. Tali movimenti perduravano anche durante il sonno. Osservò inoltre un impiegato di 36 anni, sifilitico da 8 anni e da 5 tabetico. Al termine del 4.° anno di malattia si manifestarono dapprima a sinistra e poi a destra di giorno e di notte movimenti incessanti involontarî delle dita dei piedi. Stando fermo o camminando si vedevano attraverso le calze i movimenti ondulatori delle dita e l'iperestensione dell'alluce.

L'autore classifica questi disturbi fra i movimenti atetoidi ed opina che questi possano essere sintomi di origine spinale. A sostenere un tale concetto patogenico non vi sono altri: la gran parte anzi ne dissente.

Il Collins (101) d'altra parte pubblicò l'evenienza dell'atetosi nel braccio destro paretico di un tabetico. Nell'interpretazione clinica, egli si orienta verso la diagnosi di endoarterite specifica di origine corticale, concetto combattuto da altri; ma confermato dall'esito positivo che si ebbe trattando il malato col mercurio. L'autore crede che un tal sintoma debba interpretarsi come indice di altre associazioni morbose, però se ciò può essere un ottimo precetto di sagacia clinica, non deve costituire una legge generica; questi tremori associandosi alla fenomenologia tabetica più volgare, a mio credere hanno valore patognomonico nient'altro che di sede; e più propriamente di ubicazioni cerebrali vuoi corticali, vuoi gangliari. Dico ciò, poichè dando un rapido sguardo ai reperti di atetosi non tabetiche si hanno i seguenti risultati: 7 volte il focolaio anatomico si trovò nel corpo striato; 4 volte nel talamo; 2 volte nel ponte; 1 volta corpo striato e talamo; 3 volte nella corteccia; 1 volta fu corticale e talamico.

Dopo che il Nothnagel ha emesso il concetto, che il talamo sia centro di movimenti involontarî, per la frequenza indiscussa delle lesioni talamiche che accompagnano tali sintomatologie, l'attenzione si rivolse sui nuclei della base a spiegare questi fatti nella tabe. A priori va stabilito nettamente il concetto dei movimenti involontarî: essi possono essere di 2 sorta o spinali o cerebrali. Alla prima vanno ascritti quei movimenti che presiedono alla vita organica, vegetativa, alla seconda quelli che nell'evoluzione dei rapporti fra le alte sfere sensoriali e le motrici, per la loro abituale e monotona riproduzione, per legge economica funzionale, entrano nel dominio del sub-cosciente, sottraendosi al controllo attuale della sfera volitiva, pur esistendo la

Digitized by Google

potenzialità dell' individuo del controllo e delle correzioni ove occorra. Questo gruppo di movimenti involontarî se deve avere dei centri morfologicamente differenziati, questi devono aver sede corticale e non gangliare. Il movimento atetosico per le sue caratteristiche, benchè ricordi movimenti che una volta potranno essere stati volontarî, si differenziano da essi poichè sono incoordinati, senza finalità, attributi che nelle funzioni cerebrali non mancano.

Riesce difficile inoltre poter attribuire al talamo funzioni complementari a quelle della corteccia, per il fatto che embriologicamente parlando esso appartiene al *cervello intermediario* e la corteccia con i rimanenti gangli della base provengono dal *cervello anteriore*. Tali movimenti quindi per ragioni anatomiche e funzionali non possono appartenere al talamo. Molto più credito, a ragion di logica, va affidato alla teoria del Monakow, e che sotto altra forma è quella sostenuta dal Bechterew, la quale non considera tali gangli come sedi centrali di individualità funzionali, ma bensì dà a loro importanza moderatrice o riflessa attraverso il grande arco corticale sensitivo-motore. Qualsiasi lesione che permanentemente turbi i rapporti anatomici fra corteccia e gangli e che irriti in modo duraturo e immodificabile le vie motrici nelle loro vicinanze dà qualche volta l' atetosi, dico qualche volta, ma non sempre, poichè noi vaghiamo nelle sfere ipotetiche esplicative per via tortuosamente indiretta, non avendo ancora uniformità di reperti con tale sindrome.

Nè per aver riscontrato un tal sintomo nella tabe, abbiamo ragioni sufficienti per attribuire all' atetosi un' origine spinale, in quanto che non solo non può escludersi la possibilità della compromissione di tali gangli al processo generale, nè può oltre elevarsi dubbio sulle alterazioni anatomiche della corteccia in tale forma morbosa. Nella demenza paralitica, malattia così affine, il Sander (102) in rapporto all' atetosi riscontrò lesioni anatomiche, vuoi gangliari, vuoi corticali. La percentuale dei reperti anatomici ci spinge ad ammettere l' origine cerebrale dell' atetosi; occorrono contributi più numerosi per autorizzarci a ritenerla altresì di origine spinale.

Nella tabe dunque, omettendo le malattie cerebrali che possono associarsi ad essa, a spiegare l' atetosi possono invocarsi o atrofie primitive e secondarie gangliari o processi di meningo-encefalite nelle circonvoluzioni rolandiche. L' origine spinale sostenuta da Andry de Lyon con la possibilità di sclerosi combinata dei cordoni laterali non resiste al raffronto analogico delle malattie di Friedreich e delle sclerosi combinate non ereditarie, forme morbose nelle quali non esiste l' atetosi. Si potrebbe pensare che le terminazioni degenerate dei neuroni sensitivi. connettentisi con le cellule gangliari delle corna ante-

Digitized by Google

riori, possano costituire momenti etiologici di irritazioni permanenti sui neuroni motorî, però la clinica non avvalora una tale ipotesi in quanto che nella tabe, ove le precedenti condizioni si verificano costantemente, l'atetosi è sintoma rarissimo, ed aggiungasi anche che con grande rarità, si presenta essa nei processi patologici a carico della *spina*, laddove è frequente nella encefalite, nel morbo di Little e nei focolai distruttivi pericapsulari.

Nella tabe dunque dobbiamo considerare questo fenomeno di natura cerebrale dovuto a diffusione in alto del processo spinale. Nè devono diversamente interpretarsi quei tremori descritti nei due miei precedenti malati: il primo e il terzo infatti morirono di paralisi progressiva, l'altro presentando il tremore limitato all'arto superiore destro simulante una mogigrafia, convalida la localizzazione cerebrale del processo, con una prova patognomonica di prim' ordine.

Un fatto notato solo dal Pitres (103) in tre malati di tabe può essere annoverato sotto questo capitolo dei disturbi irritativi motorî generali ed è il sintomo della così detta « courbature muscolaire ». Questo fenomeno è stato osservato dal predetto autore come prodromo di tabe; circa la sua patogenesi il concetto che più armonizza con la natura del sintoma clinico è che esso sia una manifestazione motoria di origine riflessa.

Il Pitres pubblicò 3 casi nei quali si *presentarono* i primi sintomi della malattia con speciali accessi di rigidità muscolare. Questi accessi si *presentarono* repentinamente, durarono ore fino a giorni e poi sparirono lasciando un protratto senso di stanchezza per ritornare dopo intervalli di giorni e di ore. Gli accessi erano accompagnati da un senso d'intensa stanchezza dolorosa simile a quella che negli uomini sani si determina dopo una cavalcata, dopo gli esercizi di nuoto e di scherma. I dolori non avevano nulla di comune con quelli delle neuralgie spinali, non avendo nè il carattere folgorante, nè l'intensità di essi. La sensazione di rigidezza e di stanchezza secondo descrive il Pitres è tanto accentuata nel dorso e nelle gambe, che i pazienti sono costretti di prendere la posizione dorsale per ore ed ore fino a che l'accesso non sia trascorso.

Una serie di crisi di stanchezza può in un anno essere il solo sintoma morboso, per sparire non appena si presentano gli altri sintomi più volgari e caratteristici della tabe. Nel primo dei casi descritti vi fu uno spazio di un anno; nel secondo di un anno e mezzo dall'apparizione di questa serie di accessi all'inizio classico della malattia: nel terzo quest'intervallo di benessere si prolungò fino a 10 anni.

L'autore opina che tali crisi di tonicità muscolare ad accessi subitanei e repentini risolventisi criticamente, si possano paragonare in

Digitized by Google

questa malattia alle crisi laringee e gastriche così comuni in tal genere di malati e le ritiene espressione di neuriti precoci nelle terminazioni neuro-muscolari dei rami periferici sensitivi.

*
* *

Un' altra categoria di sintomi che potrebbero opportunamente rientrare nei disturbi motorî della predetta categoria, sono gli accessi apoplettiformi ed epilettiformi. Nell' insieme dei casi da me studiati si sono riscontrati vuoi nell' anamnesi della malattia, vuoi nel decorso della forma morbosa: in una percentuale alquanto bassa; tali accessi si determinano nelle più svariate forme, tanto che di quelli apoplettiformi non si va errati se come ha fatto il Neisser per la demenza paralitica, anche per la tabe si suddividono in accessi di origine *cerebrale, bulbare, spinale.*

Quelli epilettiformi sono anche più rari e prima di ammetterli giova anzitutto stabilire se nel soggetto non esista una neurosi latente, prima dello sviluppo della tabe, neurosi che non raramente si accompagnano a queste forme morbose. Di tali concomitanze, io ne ho riscontrato 3 casi su 200: entrambi appartenevano a 3 donne tabetiche che oltre a fenomeni motorî della neurosi presentarono equivalenti psichici più proprî dell' istero-epilessia. - In due di essi i fenomeni epilettici si erano manifestati molto tempo prima della tabe e sulla loro natura non vi poteva essere dubbio, inquanto che oltre a sintomi di natura motoria, si ebbero equivalenti psichici e sintomi di allucinazioni visive elementari. Nel 3°, l' epilessia, fino all' epoca dello sviluppo della tabe latente, si era manifestata tardivamente con i primi sintomi atassici di questa. In questi malati dunque trattasi di associazioni morbose, nessuna dipendenza quindi è lecito stabilire fra i due processi. Ho creduto notar ciò poichè mi sovvengo di un malato la di cui storia clinica con relativi commenti fu pubblicata dal Pardo (104). Mell'epicrisi crede l'autore di poter ammettere, l' esistenza di una epilessia secondaria a tabe, riferendosi alle teorie etiologiche-tossiche della neurosi accettate da molti Non trovo fatto cenno nella letteratura di simili relazioni morbose, di modo che il caso del collega Pardo, è l' unico del genere. Esso però non regge alla critica, sia perchè non è avvalorata la storia clinica dal reperto anatomico, sia perchè dalla minuta e diligente esposizione dei sintomi e della evoluzione della malattia, fa l' impressione al lettore di aver da fare con molta probabilità con un caso di neoplasma cerebrale, anzichè con una sindrome appartenente a tabetico. Messa da banda dunque la possibilità che vi possa essere un'epilessia secondaria a tabe,

Digitized by Google

dobbiamo spendere poche parole su di un altro ordine di fenomeni i quali sono: le vertigini e gli accessi epilettiformi ed apoplettiformi innanzi notati. Riguardo alla vertigine nelle storie da me raccolte e nei malati da me esaminati, essa è più frequente di quello che a prima vista potrebbe sembrare. Mi sono astenuto dal raccogliere delle percentuali poichè il più delle volte, dalle relazioni nosografiche mi sfuggiva la natura etiologica di questo sintoma che indipendentemente dal processo specifico tabetico, può essere in rapporto con una serie di cause le quali trovano in questi organismi, facili e molteplici elementi di interpretazione per la complessità delle alterazioni determinantisi nei diversi organi e sistemi anatomici. È superfluo inoltre insistere sugli accessi epilettiformi, in quanto che quando intervengono, non può esservi dubbio sull' origine corticale di essi, nei malati infatti nei quali furono segnalati, la meningo-encefalite cronica chiuse il quadro clinico della tabe.

La loro frequenza è strettamente connessa alla percentuale della demenza post-tabetica. Non può dirsi altrettanto di quelli apoplettiformi i quali pur manifestandosi con sindromi a sedi anatomiche differenti, si determinano ora per processi morbosi associantesi alla tabe, ora sono rivelatori di processi meningo-encefalitici, ora sono a base di perturbamenti circolatorî della corteccia del midollo o del bulbo. Le sindromi cliniche da essi dipendenti si individualizzano maggiormente quando hanno origine spinale o bulbare e persistono in modo più duraturo di quelle di origine corticale. Tali caratteristiche sono state notate a preferenza in quest' affezione del sistema nervoso e perciò ne richiamo l' attenzione.

Non mi sembra esauriente l'opinione di Minor ed Oppenheim cioè quella che tali fenomeni debbano mettersi in rapporto con malattie a focolaio non in diretta relazione con la tabe. Tale affermazione mi sembra molto generica, in quanto che si sorvola su quegli accessi apoplettiformi che sono forieri di meningo-encefalite cronica, pregiudicando così la questione che nelle paralisi post-tabetiche debba trattarsi di associazioni morbose e non di un unico processo patogenetico. In genere non si può trattare di altre specie di associazioni morbose poichè un criterio clinico quasi costante sta a ribadire il mio asserto e cioè la rarità con la quale le malattie a focolai vuoi emorragiche vuoi neoplasiche del sistema nervoso, si associano alla tabe, la quale da questo punto di vista, presenta un altro elemento di raffronto con la demenza paralitica, dove quasi mai si trovano associati i processi morbosi suddescritti.

Si può dunque affermare in base all' esperienza clinica e in base ai criterî anatomici che quando nel decorso della tabe si presentano

Digitized by Google

accessi apoplettiformi con sindrome corticale si deve pensare all'inizio di meningo-encefalite cronica.

Il Vulpian (105) pubblica un caso di un giovane di 27 anni nel quale la tabe s'iniziò con ictus emiplegici ed afasici e successivamente si andò svolgendo il quadro della tabe con prevalenza di sintomi bulbari; ciò indica che essi possono accompagnarsi alla tabe senza che si annunzi altro sintoma di paralisi progressiva. Il Bernhardt (106) pur avendoli notati in tabetici non paralitici è del mio stesso avviso considerando tali accessi espressioni di invasioni corticali.

***

Dando uno sguardo sintetico a quanto sono venuto fin qui esponendo, io posso affermare che la natura dei disturbi motorî in questa malattia, si circoscrive per lo più al campo di distribuzione di uno o più nervi o a singole diramazioni periferiche di essi: molto più rare sono le sindromi che acquistano carattere generale e complesso. Tale aspetto nosografico ha indotto molti studiosi a ritenere tali paralisi come dipendenti da morbi associati alla tabe.

Il riscontrare infatti molto spesso nella etiologia la sifilide e l'alcool, ha ribadito il concetto che si possa aver da fare con neuriti periferiche di natura tossica o luetica.

A me sembra facile poter fin dal principio escludere che nei casi da me presi in esame si sia potuto trattare di una tale evenienza, poichè io non vedo la ragione per la quale noi dobbiamo considerare i sintomi oftalmoplegici di natura tabetica e dovremmo negare tale patogenesi alle paralisi vuoi del laringe, vuoi della lingua, delle braccia ecc., per le quali si riscontrano identiche modalità nosografiche, si agitano le medesime questioni anatomo-patologiche, si presenta la stessa promiscuità di reperti. Io non escludo con ciò che nella tabe la sifilide l'alcool ecc., possano produrre paralisi associate; ma queste sono modificabili in certo qual modo con la terapia, caratteristica che è mancata nei casi da me *presi in considerazione,* nei quali le paralisi sono state sempre progressive immodificabili.

Ben inteso, io intendo parlare della sifilide che dà reazioni terapiche col Hg e Kl, non mi riferisco alle tossine paraluetiche le quali sono state invocate come basi etiologiche del processo anatomo-patologico della tabe, e sulle quali non credo opportuno insistere, poichè è questo, argomento intimamente connesso con la questione etiologica di tale malattia. Ecco perchè io credo si debbano identificare come sintomatologie di tabe e non come morbi sifilitici associati.

Digitized by Google

Si potrà ammettere che nelle tabi con sifilide siano più facili a riscontrarsi le paralisi; come si è detto per quelle oculari; ma ciò non implica che esse sieno scisse dalla sintomatologia di questa malattia; può darsi cioè che le tossine paraluetiche nell'istesso modo che producono la tabe, possono determinare tali sintomatologie; ma ciò non è argomento per sostenere che queste paralisi sieno sovrapposte alla tabe, bensì sono ragioni che provano il contrario.

Tali sintomatologie motorie possono presentarsi isolate o possono nel tempo stesso, invadere parecchi sistemi di identica natura, da modificare più o meno sensibilmente l'aspetto clinico della malattia fondamentale, come si è potuto luminosamente provare, nelle forme a tipo bulbare e in quelle di tabe a forma atrofica od amiatrofica.

Molto più rare sono le paralisi negli arti, le più frequenti sono quelle dei nervi cervicali. Fra queste hanno un grande valore prognostico quelle oculari, essendosi potuto constatare un rapporto di frequenza fra esse e le demenze paralitiche consecutive; nè dev'essere omessa la grande importanza patognomonica delle paralisi del laringe che spesso fanno fare diagnosi precocissima di tabe.

Le paralisi degli arti ora si somigliano a quelle di natura tossica, ora a quelle di origine centrale, queste invero si riscontrano in proporzioni più modeste. In quelle della prima specie viene più rispettato il rapporto di frequenza in un dato territorio muscolare con l'importanza funzionale di esso. Tal rapporto è stato dimostrato per le paralisi oftalmoplegiche e per quelle del laringe, ripercuotendosi così in proporzioni minuscole quello che nel concetto generale della malattia, ha per me un grande valore.

Oltre alle paralisi oftalmoplegiche abbiamo notato altri disturbi motorî di carattere più generale, come espressioni di meningo-encefaliti incipienti o conclamate; così si sono ricordati i tremori generalizzati o circoscritti, i sintomi emiplegici o monoplegici transitorî, gli ictus afasici, gli accessi epilettiformi e apoplettiformi, sebbene questi ultimi possono verificarsi anche in tabi a lungo decorso, come espressioni di disturbi circolatorî corticali puri e semplici.

I disturbi motorî suddetti ed in particolar modo le paralisi oculari devono considerarsi come i tratti d'unione fra la tabe e la paralisi generale; si può anzi affermare che le oftalmoplegie, le paralisi del laringe sono più specialmente sintomatologie promiscue vuoi alla tabe vuoi alla demenza, sindromi che s'impongono con la loro eloquenza a farci ritenere queste due forme, malattie differenti per ubicazione del processo morboso, identiche rispetto all'origine.

Un fatto imprescindibile si deduce studiando i diversi fenomeni tabetici e paralitici e cioè che in tali forme morbose nulla viene rispar-

Digitized by Google

miato; tutti i sistemi anatomici possono essere presi i sensitivi, i motorî, i simpatici, le sfere sensoriali, quelle psichiche; tanto che senza tema di errare, si può dire che in esse tutta la personalità può essere compromessa.

In relazione a tal concetto, non volendo sottilizzare nella specifica dell' elemento etiologico, si deve ammettere che il fattore causale di queste malattie, debba essere di natura tossica ad azione generale diffusiva capace di ledere i sistemi anatomici i più diversi, seguendo in genere delle leggi che possono essere compromesse quando intervengono e si associano altri fattori. Questo veleno per noi ancora incognito è causa delle svariate ipotesi emesse sulla etiologia dei due morbi, che per ragioni insite nella essenza ed unità dell' elemento etiogenico, identifica in un unico capitolo le questioni patogeniche delle due malattie. La natura tossica di un tale elemento è avvalorata dalle lesioni della stessa natura prodotti dall' ergotina, dall' alcool; riprove che hanno il valore di argomenti analogici.

Ho accennato all' ergotina e all' alcool senza parlare di tanti altri, e senza rilevare che quest' ultimo è capace di determinare, così come quello della tabe, processi atrofici corticali presentandosi clinicamente sotto la forma di demenze paralitiche.

Questa natura tossica è avvalorata altresì dalla cachessia più o meno lenta e progressiva che si riscontra nelle due specie di malati, cachessia comprovata dalle numerose analisi fatte sul sangue di tabetici e paralitici, la di cui costatazione clinica è banalissima.

Altro argomento che milita a favore della unicità del fattore causale è la svariata metamorfosi, mi si permetta il vocabolo, che ciascuna di queste due forme può subire sommandosi negli effetti anatomici e clinici. In vero si possono avere forme di tabe e paralisi progressiva isolate; si possono riscontrare tabi che finiscono in demenza, taboparalisi o paralisi tabetiche, nelle quali ultime non si riesce molte volte a determinare se la precedenza dello sviluppo si debba alla tabe o alla paralisi.

Nello studio dunque delle paralisi motorie tabetiche io sono stato indotto ad ammettere il carattere di invadenza in tutti i sistemi dell'elemento tossico e l' affinità della tabe con la paralisi progressiva. Ma l'esperienza non breve dei paralitici che si può acquistare in un grande istituto come è il manicomio della capitale, mi fa trovare altri punti di contatto fra queste due malattie. Tali sono: la rarità con la quale alle autopsie si riscontra l' ateromasia negli organi centrali; la rarità con cui si riscontrano endo-arteriti proliferanti, processi meningitici floridi, malgrado la esistenza nei soggetti della lue. Nè si può revocare in dubbio il fatto che molto raramente in tali forme morbose

Digitized by Google

la sifilide si estrinseca con forme cutanee. Altro carattere si può riscontrare altresì nella modalità della durata della malattia, poichè sia nell' una che nell' altra noi possiamo avere forme acute, croniche, subcroniche, cronicissime.

Elemento di raffronto importantissimo è dato, a mio parere, dalla ubicazione primitiva del processo morboso, sulla identità di natura dei sistemi anatomici che costantemente sono colpiti: nella tabe infatti il processo s' inizia nelle vie sensitive spinali: nella demenza colpisce i centri *psico-sensoriali* della corteccia. Fra sistemi anatomici tali se vi è diversità di gerarchia funzionale non c' è di certo eterogeneità di natura.

Non credo utile fermarmi ad illustrare il concetto avanti enunciato sulla identità di natura dei sistemi sensitivi e di quelli psico-sensoriali, poichè credo che oggi non vi possa essere alcuno a sostenere che nella corteccia cerebrale esistano centri motorî bruti: i lavori che per opera di Luciani e Tamburini, pubblicati in ispecial modo in Italia, sulle funzionalità dei centri corticali, quelli di inglesi e tedeschi ecc., non possono essere ignorati dai cultori delle nostre discipline.

Le teorie cellulari che si vanno tutti i giorni evolvendo, ancora non sono così mature da costituire basi razionali di concezioni fisio-patologiche differenti da quelle attuali sulla funzionalità della corteccia; ond' è che ammettendo riposta in essa la sede delle funzioni più elevate, percezioni, ideazione, impulsione volontaria, attenzione, rappresentazioni dei movimenti in genere ecc. e non sede di sensazioni semplici e di impulsioni motrici organiche, questa funzione così evoluta si compie attraverso associazioni sensitivo-sensoriali, le quali costituiscono il tessuto di sostegno di tutta la nostra psiche.

Questa regione psico-sensoriale è la sede anatomica della demenza paralitica, laddove nella tabe sono colpite le vie sensitivo-spinali a funzionalità più elementare, molto più organica e meno psichica.

Premesso ciò si può affermare che un tale elemento tossico in generale può colpire primitivamente il sistema sensitivo-sensoriale, dandoci la forma di tabo-paralisi e paralisi tabetica, può colpire le vie sensitive e le psico-sensoriali separatamente dandoci le forme pure, ovvero il processo può passare dall' uno all' altro sistema dando le forme combinate.

Tale distinzione dimostra come bene a proposito io dicevo più innanzi che i sistemi anatomici colpiti in questa malattia sono identici per natura, differenti per gerarchia funzionale. Ripetutamente ho fatto rilevare nel decorso del lavoro che un certo rapporto si riesce a stabilire nella tabe fra frequenza ad ammalare di un dato sistema motore ed importanza funzionale di esso: in breve si è venuto osservando che

Digitized by Google

muscoli maggiormente funzionanti sono quelli che più frequentemente vengono colpiti da paralisi.

Dissi spesso che in tali paralisi motorie, si vedeva in miniatura quello che a grandi linee si legge nel concetto fisio-patologico della tabe e della paralisi. In verità ammessa la natura tossica di entrambe queste forme, ammesso anche che per lo più i sistemi maggiormente funzionanti diventano quasi sempre le stazioni di minore resistenza e quindi le regioni più intensamente colpite dalle tossine, in tale legge io trovo la ragione per la quale nella tabe e nella demenza paralitica vengono colpiti i sistemi sensitivi e quelli sensoriali: questi infatti oltre ad essere antichi nella gerarchia funzionale, sono quelli maggiormente sfruttati e quasi di continuo per i bisogni psico-fisici dell' individuo. Si pensi in vero al lavorìo continuo del sensorio nella spina e al lavoro psico-sensoriale della corteccia e si resterà convinti che tali sistemi iperfunzionanti devono costituire territorî di minore resistenza agli attacchi dell'elemento tossico e quindi vengono primitivamente da esso colpiti.

Dunque, sulla identità di natura dei sistemi anatomici colpiti, sulla importanza funzionale di questi, è fondato il concetto fisio-patologico di queste forme morbose.

Lo studio dei sintomi motorî della tabe ribadisce sempre più la unità del concetto patogenico comune ad entrambe e ci dimostra come queste due forme morbose, pur essendo regolate dalle leggi generiche, avanti esposte, possono in secondo tempo, per la diffusibilità delle tossine modificare alquanto la fisionomia fondamentale clinica di esse, senza però denaturarne del tutto il nosografismo.

Digitized by Google

LETTERATURA

(1) Pr. E. v. Leyden — Die Tabes dorsalis. Urban und Schwarzenberg. Berlin. Dorotheenstrasse. 1901.

(2) Dr. Fränkel — Ueber Musckelschaffheit (Hypotonie) bei der Tabes dorsalis. *Neurologisches Centralblatt.* 1896 N. 8.

(3) Jendrassik — Ueber die Localisation der Tabes dorsalis. *Deutsches Arch. f. Klin. Med.* XLIII. — Zur Lehre vom Muskeltonus. Eben. 1892 N. 17.

(4) Marina — Studio sulla patologia del ganglio ciliare nell' uomo con speciale riflesso alla paralisi generale e alla tabe ecc. *Annali di Nevrologia* A. XIX, 1901.

(5) Marina — Loc. cit.

(6) Siemerling und Boedeker — Cronische fortschreitende Augenmuskellähmung und progressive Paralyse. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.* 29 B. 2 Heft. 1897.

(7) Bernheimer — Zur Kenntniss der Localisation im Kerngebiete des Oculomotorius. *Wiener Klin. Wochenschr.* 5, 1896.

(8) Marina — Ueber multiple Augenmuskellhämungen, *Wien. u. Liepz. Deut*, 1895.

(9) Dillmann — Ueber tabische Augensymptome und ihre diagnostische Bedeutung. — Inaug. Dissertation. Berlin 1889.

(10) H. Wilbrand und A. Saenger — Die Neurologie des Auges. - Wiesbaden. Bergmann 1899.

(11) Leimbach — Statistiches zur Symptomatologie der Tabes. *Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilkunde* VII, Abth. 5 u. 6. 1895.

(12) Bloch — Statistisch. casuistischer Beitrag zur Lehre von den Abducens Lähmungen. Berlin. Inaug. Dissert. 1891.

(13) Berger — Die Sehstörungen bei Tabes dors. und Versuch einer einheitl. Erklärung des Symptomenkomplexes der Tabes. Wiesbaden 1889. J. F. Bergmann.

(14) H. Köster — Tabes dorsalis: Ophthalmoplegia externa. *Upsala läkarefören, förhandl*, 1899. U. S. V. II. S. 126.

(15) Dinkler — Ueber die Berechtigung und die Wirkung der Hg. curen bei Tabes dorsalis. *Berl. Klin. Vochenschrifft*, 1893.

(16) Ewald — *Berl. Klin. Vochenschrifft*, 1899, N. 12.

(17) Nonne — *Deutsche med. Vochenschrifft*, 1893 N. 22.

(18) Kahler — *Prager Zeitschrifft*, II. 1882.

(19) Jendrassik — *Neurol. Centralbl.* IX. 377.

(20) Dejerine — Sur les paralysies musculaires de l'ataxie locomotrice. *Soc. de Biologie*, 18 October 1884.

(21) Marina — Loc. cit.

(22) Pitres et Vaillard — Contribution á l'étude des peripheriques chez les tabetiques. *Revue de méd.* 1886. Juillet — 574.

(23) Cassirer und Schiff — *Arbeiten aus den Institut. f. Anatomie und Physiologie von Obersteiner* p. 112, 1876.

(24) Siemerling — Ueber die chron. progress. Lähmung der Augenmusk. — *Arch. f. Psych.* B d. XXII.

(25) Siemerling und Boedeker — Loc. cit. N. 6.

Digitized by Google

(26) Cassirer und Schiff — Loc. cit.

(27) Zeri — Sulle alterazioni dei centri nervosi nella tabe. *Rivista sperimentale di Freniatr.* V. XXI. - IV. - 95.

(28) Panegrossi — Contributo allo studio anatom. fisiologico dei centri dei nervi oculomotori nell'uomo. *Annali di* Todaro. Vol. VI. 1898.

(29) Garbini — Contributo alla conoscenza della paralisi progressiva posttabetica. — Nocera — Inferiore. Tip. del Manicomio, 1899.

(30) Schüpfer — Atrofia dei nervi ottici nella tabe dorsale. — *Rivista sperimentale di Freniatria.* - V. - XXVIII - F. II - III.

(31) Pagano — Tesi di laurea presentata alla facoltà di medicina di Roma 1900.

(32) Joseph Fränkel — On sensorimotor palsies of the musculature of the face, wiht remarks on the ocular palsies of the earli stages of Tabes. *Journal of nervous and mental disease.* 1899 - V. XXVI - S. 616.

(33 Schultze — *Neurologisches Centralblatt.* Mendel N. 12 - 1889 - S. 401.

(34) Hirsch — Ueber rheumatische Trigeminuslähmung. — *Wiener Klin. Wochenschr.* 1896. N 309.

(35) Kohstamm — Zur Anatomie und Physiologie der Vaguskerne. *Neurologisches Centralblatt.* N. 16 - 1901.

(36) F. Batelli — Le nerf spinal est le nerf moteur de l'estomac. Travaux du Laboratoire de phisiologie de l'université de Genève. 1899. - I. S. 37.

(37) Krisaber — *Gazette Hebdomadaire.* N. 41 - 1880 — *Annales des maladies de l'oreille* 1880 - p. 256

(38) Semon — *Archives of Laringol.* Vol. II 1881 p. 21.

(39) Eisenlohr — *Deutsche med. Wochenschr.* 1884 S. 554.

(40) Krause — *Centralbl. f. Nervenheilkunde* 1885 N. 23.

(41) Oppenheim — *Berlin. Klin. Wochenschr.* 1885 N. 4-2.

(42) Landgraf — *Berlin. Klin. Wochenschr.* 1886. S. 634.

(43) Krauss — *Bresl. ärztl. Zeitschrift.* 1886 N. 16.

(44) Weil — *Berlin. Klinick. Wochenschrift.* 1886 N. 13.

(45) Küssner — *Berlin. Klin. Wochenschr.* 1887 N. 20.

(46) Fränkel — *Berlin. Klin. Vochenschr.* 1886 S. 675.

(47) Fournier — Leçons sur le période praeataxique du Tabes d'origine syphilitique. Paris. 1885

(48) Löri — Die durch anderwictige. Erkrankungen bedingten Veränderungen des Rachens u. s. w. Stuttg. 1885.

(49) Bristow — *Brain* — Octob. 1885.

(50) Mac-Bride — *Edinburg — Medical. Journal.* July 1889.

(51) Ord e Semon — *Lancet.* Vol. I. 1885.

(52) Ziegelmeyer — Bericht über die sommersaison in Bad Langenbrücken Bruchsal 1885.

(53) Luc — *France Médicale* 1887 p. 174.

(54) Fano — *Rivista sperimentale di Freniatria* A. 1889.

(55) Gottstein — Die im Zusammenhange mit den organischen Erkrankungen des Centralnervensystems stehendem Kehlkopfaffectionen. Wien. 1888.

(56) Dreyfuss — Die Lähmungen der Kehlkopfmusculatur in Verlaufe der Tabes dorsalis. Virchow *s. Arch.* 1890 Bd. C XX. S. 154.

(57) Grasower — Kehlkopfmuskellähmung bei Tabes dorsalis - Berlin - *Deutsche medicinische Vochenschr.* 1892. N. 27.

(58) Cherschevschy — *Revue de Medecine* 1881 p. 541.

(59) Fereol — *Gazette Hebdomad.* 1869 N. 7.

(60) Gay — Tabes dorsalis. Ataxie Laryngés. — *Brain* 1888. Ian.

Digitized by Google

(61) Sedzick — Ueber die Kehlkopf — alterationem bei Tabes. *Neurologisches Centralblatt.* 1900. N. 8.

(62) L. Landouzy et J. Dejerine — Recherches sur les alterations bulbaires chez les ataxiques à crises laryngees. *Societé de Biologie.* Paris. 19 Mai 1883.

(63) Oppenheim — Zur Pathologie der Tabes dorsalis. Aus den *III Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.* Sitzung vom. 14 Mai 1888.

(64) Martius — Ueber Acessoriuslähmung bei Tabes dorsalis. *Berlin. Klin. Wochenschr.* 1887 N. 8.

(65) Aronsohn — *Deutsche med. Wochenschr.* 1888 N. 26 28.

(66) Ilberg — Ueber Lähmung des XI Gehirnerven bei Tabes. *Charité Annalen.* 1893.

(67) Arthur Ehrenberg — Ueber einige Fälle von Tabes dorsalis mit Betheiligung des n. vagus und. n. accessorius. Inaug. Dissert - Berlin 1893 24 Marz.

(68) Ascoli — Sull' emiatrofia della lingua - *Il Policlinico* 1894.

(69) Koch et Marie — Contribution a l' etude de l' Hemiatrophie de la langue - *Revue de Medicine* - VIII - 1888.

(70) Wiersma — Fälle von Hemiatrophia linguae. *Neurologisches Centralblatt* N. 18 - 1899.

(71) Obersteiner — Ueber interfibrilläre Fettdegeneration der Muskelfasern an einer hemiatrophiscen Zunge bei Tabes. Arbeiten aus dem Institut f. Anat. und Physiol. des Centralnervensystems an der Wiener Universität. Wien. 1895.

(72) Howard's — Fall von Ophthalmoplegia externa und interna bei Tabes dorsalis mit Bulbarparalyse, Seh-und Gehorstörungen. *American journal of medical science.* 1889 Mars.

(73) Dott. Martin Bloch — Ein Fall von Tabes dorsalis mit Bulbärparalyse. *Neurologisches Centralblatt.* N. 8 1899.

(74) L. Jacobsohn — Ein Fall von Tabes dorsalis mit dem Symptomen complex der Bulbärparalyse. *Neurologisches Centralblatt.* 1900 N. 13 S. 634.

(75) George E. Bennie — Case of Tabes dorsalis wiht Bulbar Symptoms. *Brit. med. Journal* 1900 3.

(76) F. Chvostek — *Neurolog. Centralblatt* 1893. N. 22.

(77) C. Gerhardt — Tabes. mit Zwerchfallähmung. *Berlin. Klin. Wochenschrift.* 1893. N. 16.

(78) Finckelnburg — *Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.* Sitzung vom 10 Juli 1899. — Ueber 2 Fälle von Tabes dorsalis mit peripherischer Peroneuslähmung.

(79) A. Westphal — Ueber einen durch Peroneuslähmung complicirten Fäll von Taboparalyse. Ein Beitrag zur Lehre von der sog. « retrograden Degeneration ». - *Charité Annalen* - 1899 - XXVI.

(80) L. Wagner — Ueber neuritische Muskelatrofie bei Tabes dorsalis. - Inaug. Dissert 1896.

(81) Remack — *Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* — Sitzung vom. 9 Mai 1887.

(82) Nonne — Zur Casuistik der Betheiligung der peripherischen Nerven bei Tabes dorsalis. - *Arch. f. Psych.* 1888. R. d. XIX. H. 21.

(83) A. Eulenburg — Fall von typischer Tabes dorsalis complicirt mit ebenfalls typischer progressiver Muskelatrophie. Sitzung der Berliner med. Gesellschaft vom. Decem. 1884.

(84) L. Wagner — Loc. cit.

(85) Arthur - Whilling — On paralisis and muscular atrophy in Tabes dorsalis, with observations on the relation of afferent - impulses to movement and muscular nutrition. *Brain* 1898.

Digitized by Google

(86) Koch - Marie — Loc. cit.

(87) Chretien - Thomas — Etude sur une forme spéciale de Tabes amyotrophique. *Revue de Médicine.* 1888. Nov. S. 886.

(88) Colella — Sulla patogenesi delle atrofie muscolari e dei disturbi psichici nella tabe dorsale. - *Giornale dell' Associazione dei Medici e Natural. Napoletani* VIII e *Riforma medica.* XIV.

(89) Nageotte et Lenoble — *Bull. de la soc. anatom. de Paris* 1895.

(90) Marton Prince — *Journal of nervous and mental disease* 1895 - Vol. XX p. 685.

(91) Trousseau — *Clinique de l' Hôtel Dieu* Paris 1805. Tom. II pag. 611.

(92) Pierret — Essai sur les phénoménes cephaliques du Tabes dorsalis. Thése de Paris 1876 pag. 28.

(93) Vulpian — Ueber combinirte [primaere] Erkrankungen der Ruckenmarksstraenge. *Archiv f. Psychiatrie.* T. VIII p. 469 e T. IX p. 413, 1878.

(94) Debove — De l' Hemiplegie des ataxiques. *Progr. Medical.* 1881 N. 52-53.

(95) Gowers — *A manual of diseases of the nervous system.* London, Chureill. 1899, p. 465, V. II.

(96) P. Marie — Leçons sur les maladies de la moelle. Paris, Masson 1902 p. 175.

(97) Dejerine — Semiol. du systéme nerveux. - Traité de Pathol. génér. t. v. p. 260.

(98) Mingazzini — Intorno a un modo piuttosto raro d' insorgenza del periodo atassico nella Tabe. *Policlinico* 1903.

(99) Andry de Lyon — Des mouvements choreiformes et de l'athetose chez les ataxiques. *Revue de Medécine* 1887 - janvier.

(100) Loquer — Ueber athetosisches Bevegungen bei Tabes. *Neurologisches Centralblatt* 1890. N. 11. S. 380.

(101) Collins — A case of Tabes associated with posthemiplegia athetosis and unilateral reflex iridoplegia. *Journal of. nerv. and mental. dis.* 1885 Maj N. 5.

(102) Sander — Ein Fall von athetose mit Sectionsbefund. *Neurologisches Centralblatt* N. 7. 1897.

(103) Pitres — Des crises de courbature musculaire au debut de l' ataxie locomotrice progressive. *Progres. Med.* 1884 N. 28.

(104) Pardo — Contributo allo studio clinico della Tabe. *Rivista di Psicologia, Psichiatria, Neuropatologia.* Roma 1 Febbraio 1898.

(105) Vulpian — *Revue de Medicine* Fevrier 1882.

(106) Bernhardt — Anfälle in frühen Stadien oder in Verlauf der Tabes. Nach einem in der *Gesellsch. f. Psych. und Werven. zur Berlin* an 18 Nov. 1882 gehalten Vortrage.

Digitized by Google

Digitized by Google

MANICOMIO PROVINCIALE DI FERRARA
Direttore: R. TAMBRONI

Intorno ai rapporti fra la Frenosi maniaco-depressiva e la Demenza primitiva

PRIMA NOTA CLINICA

DEL

DOTT. ALEARDO SALERNI

La difficoltà di diagnosticare, specialmente nei primi periodi della malattia, la demenza primitiva (o precoce) e la frenosi maniaco-depressiva, quale fu stabilita nosologicamente dal Kraepelin, deriva dal fatto che dette forme cliniche assumono talora sintomi l'una dell'altra. Non è infrequente infatti che la demenza primitiva si stabilisca nettamente solo dopo una serie di quadri melanconici e maniaci, attraverso i quali è talora sommamente indaginosa la ricerca di un sintoma che giustifichi l'esito demenziale della psicosi

D'altro canto, una sindrome demenziale susseguente o innestata a tipici accessi melanconici e maniaci, non deve ritenersi, secondo il Kraepelin, come forma d'esito della frenosi maniaco-depressiva, la cui caratteristica essenziale è la integrità dei poteri psichici rilevabile nei periodi interaccessuali, che si mantiene poi per lunghi anni, affievolita solo, e non sempre, da una lunga e rapida serie di accessi intensi, ed in età avanzata.

Io ho l'opportunità di citare alcuni casi clinici, che, con varia vicenda tengono della sintomatologia delle due anzidette forme morbose, ed è mio compito, in queste pagine, di discuterne i sintomi, ed attribuire, per mezzo loro, un giudizio di probabilità sull'entità delle forme morbose descritte.

Talora fra due sindromi analoghe, le molte somiglianze non sono essenziali, e sonvi caratteristiche fondamentali che le differenziano. È lavoro difficile e delicato, come osserva il Vedrani (1), dimostrare in una forma morbosa i fenomeni che hanno da servire a distinguerla da un'altra, perchè spesso è proprio nel tono e nella misura di certe manifestazioni, nella particolare posizione loro, nell'insieme dei sintomi, che è riposto tutto il loro valore patognomonico.

(1) Vedrani — Per la diagnosi e la prognosi delle malattie mentali. - (*Giornale di Psichiatria clinica e Tecnica manicomiale* A. XXX, p. 128).

Digitized by Google

Per tutto questo non credo inutile la discussione diagnostica ch' io imprendo; essa si basa su quanto può fare indurre, alla stregua delle cognizioni attuali, la sintomatologia dei malati che descrivo. Il decorso ulteriore confermando le mie considerazioni, risolverà le questioni ora poste.

Ciò appunto sarà oggetto di una seconda nota.

Osservazione I. — (1) B. Giuseppe d'anni 34 contadino senza grave eredità psicopatica; uno zio fu affetto da « cleptomania », padre e sorella sembra fossero degli originali. Il malato, di carattere bizzarro ed originale, di educazione ed istruzione deficienti, aveva tendenza predominante al giuoco, e preferiva l' ozio all' occuparsi dei lavori di campagna. Regolare per sviluppo somatico, non sofferse mai malattie fisiche gravi; però 15 anni fa fu affetto per 5 mesi da una forma di frenosi di cui non è dato precisare la diagnosi; si sa solo che ebbe inizio dopo uno spavento, e che fu necessario assicurarlo con la camicia di forza. Fu curato in casa, e, pare, con esito buono.

Quindici giorni prima del suo ricovero in manicomio, il paziente cominciò ad accusare insonnia: stava sempre in ozio, era irascibile oltremodo, aveva l' idea fissa di lucrare. Seguì un notevole stato di eccitamento con illusioni, tendenze impulsive contro gli altri e contro qualsiasi oggetto, delirio di grandezza (si esaltava all' idea di arricchire, di fabbricare, di conquistarsi onori, e poter presto giovare a tutti). Persistendo tali condizioni viene ricoverato. Dai diarî manicomiali si ricava:

14 marzo 1903. Si presenta loquace, euforico, distratto, non vuol mangiare il solito cibo, domanda uova crude ed acqua. Ha percezione perfettamente normale, ideazione tumultuosa, idee deliranti di grandezza: possiede un milione, vuol regalarlo al medico: insulta il Re d' Italia perchè è un *generale*, mentre egli è semplice soldato. Attenzione scarsa, memoria ottima. Ama la famiglia, è di umore allegro. Ha volizione normale rispetto a sè stesso, incoordinata rispetto all'ambiente. Non atti impulsivi. Mostra coscienza esatta di luoghi e persone, relativa del proprio stato. Sostiene che non è pazzo, che deve presto tornare a casa per lavorare e mantenere la famiglia. Al presente nessuna allucinazione.

24 marzo — L' accesso maniacale è rapidamente scomparso. Rispetto alle idee di grandezza, di cui serba perfetta memoria, il paziente dice che erano frutto della sua esaltazione, ma che riconosce bene che sono fole. È tornato composto e obbediente.

6 aprile — Nuova ricaduta. Non più idee deliranti, ma esaltamento motorio ed affettivo. Da del tu al medico, lo insolentisce, si straccia gli abiti perchè non gli si permette di arrampicarsi sulle inferriate; vuole il cibo da casa, dà ordini imperiosi, ma non è molesto altro che a parole. È perfettamente orientato rispetto al tempo, luoghi e persone.

Maggio — Il malato è ritornato tranquillo, ed il suo stato mentale ripete le condizioni del transitorio miglioramento del marzo scorso. Si occupa

(1) Manicomio di Ferrara. Cart. N. 3715. a. 1903.

Digitized by Google

di piccoli servizi interni, chiede insistentemente della famiglia, e vuol andare a casa per mantenere i bambini. Persistendo tale stato di benessere anche durante il successivo mese, il malato è prossimo ad essere dimesso.

15 luglio — Il paziente è ricaduto in accesso maniaco quasi improvvisamente, e proprio quando era prossima la sua dimissione. Lo stato di eccitamento ripete i caratteri dei periodi precedenti. Il malato, isolato, si mantiene relativamente tranquillo. Talora invece si agita, si dimena nel letto, di tratto in tratto gridando: *io sono il Re d' Italia, ho due miliardi di milioni.* All' entrata del medico si eccita ancor più e dice: *Chi sei? Io sono il Re d' Italia, ho 500 milioni di miliardi.* A qualunque interrogazione sull' argomento del suo delirio, ripete le medesime frasi di milioni di lire, o di carabinieri, o di tonnellate di catene per legare il medico.

Così nell' *agosto* pure il malato, dopo breve periodo tranquillo, ricade nell' accesso coi consueti caratteri.

Settembre — Lo si ritrova in periodo di sosta; però talora, dopo aver detto poche parole riguardanti il suo delirio, specialmente se provocato, si mette a correre velocemente pel cortile senza direzione, alla cieca, per cui, se non viene fermato a tempo, arrischia di battere la testa nel muro.

Dall' insieme del suo contegno in questi momenti, si può esser certi della quasi assoluta incoscienza del malato. Egli non evita affatto gli ostacoli, non avverte il sasso che può farlo cadere, non il muro contro il quale può battere. Durante tali fughe, che si ripetono anche più volte nella giornata senza ragioni evidenti, l'incesso non è affatto regolare, i movimenti degli arti sono bizzarri, e nel correre gesticola ampiamente colle braccia. Interrogato perchè ciò faccia, il malato non sa dare ragione plausibile, e spesso per tutta risposta riprende la corsa.

Dall'ottobre al marzo, i periodi di eccitamento si avvicendano con frequenza sempre maggiore, distanziati al massimo di 30 giorni. Prima, in genere, erano preceduti da due o tre giorni di umore cupo, in cui però il malato non accennava a fenomeni d' arresto psicomotorio; ora i fatti di eccitamento scoppiano quasi improvvisamente, e sono spesso preceduti dalle fughe descritte nei mesi precedenti, e che non cessano che in marzo. Il delirio è stereotipato, uniforme sia nel contenuto che nella frase. Nei periodi di sosta il malato assume un contegno indifferente, quasi stupido; non chiede più della famiglia.

Aprile — Cade bruscamente in eccitamento motorio, ma esplica un delirio assolutamente incoordinato, un' insalata di parole. Alle domande: *come ti chiami?*, esplode in un fiume di parole: « *Cento milioni di tonnellate di catene di vetro.... conosci Svarz.... io sono.... Gasparini.... America.... Oceania, 100000000 di tonnellate di r. f. senz'Africa.... imbecille....* L' eccitamento cessa presto, le associazioni per assonanza sono frequentissime.

Maggio — È tranquillo; rimane spesso a letto nudo, lacerando lentamente e con movimenti eguali le calze. Poco dopo si alza, e appare abbastanza ordinato nel contegno; segue però il medico dovunque vada, e assistendo casualmente ad una medicazione, vistolo lavarsi le mani, si rimbocca le maniche, e fa altrettanto. Ha qualche accenno di negativismo, nessun atto

Digitized by Google

impulsivo. Talora corre incontro a mostrare alcuni suoi lavori, piccoli trofei di carta, e si pavoneggia per una sudicia cravatta. Ha fabbricato, con vari oggetti, uno strano e ridicolo giocattolo, che seriamente chiama « cannone », e che tiene sempre con sè; fa raccolta di pezzettini di pietra raccattati, bottoni, piccoli vetrini. Domanda talora della famiglia, perchè lo vengano a prendere, ma senza rispondente contegno affettivo.

I periodi di eccitamento scoppiano frequenti e brevi, d' improvviso: specialmente durante questi il malato fa boccaccie, talora è sudicio, ed assume un contegno palesemente assurdo.

La storia clinica di questo malato si può suddividere in due fasi, direi quasi in due quadri morbosi distinti; fra essi spicca isolato un sintoma di capitale importanza, che giustifica la sintomatologia che a lui fa seguito, e ne dà, nello stesso tempo, la prima avvisaglia rendendo dubbia la diagnosi precedentemente stabilita. Abbiamo infatti un paziente con eredità degenerativa, già affetto 15 anni prima per qualche mese da una forma di eccitamento psicomotorio, che viene in seguito ricoverato per glí stessi fatti nel manicomio, e soggiace in esso, con intervalli varî, ad una serie di 3 accessi, a carattere prettamente maniacale. La diagnosi di frenosi maniaco-depressiva è fino a qui pienamente giustificata. E in verità, senza preoccuparsi di indagare le caratteristiche del primo accesso, che del resto, dopo cessato, lasciò lungamente il paziente in condizioni di perfetta normalità, nulla troviamo da obbiettare sulla sintomatologia delle fasi di eccitamento successivo. Si inizia e si mantiene costante un delirio di grandezza, con umore allegro, logorrea, eccitamento motorio, affettività talora esagerata, sempre conservata, contegno non assurdo, coscienza delle persone e del luogo, tendenze varie, come ad arrampicarsi, a stracciare. I periodi intervallari lasciano il paziente lievemente depresso, con reazione vivissima all' ambiente, coscienza del suo stato, contegno composto, affettività viva. Degna di rilievo speciale è la lunga remissione durata circa 3 mesi che precedette l' ultimo accesso veramente maniacale.

Fin qui la prima fase dello stato morboso; e subito dopo, in un periodo di sosta, si iniziano le fughe insensate e pericolose.

Possono queste altrimenti considerarsi che come atti impulsivi? Io credo di no, come credo che il carattere loro non accenni a relazione alcuna colla forma maniacale fino allora diagnosticata, per l'assurdità loro, l' assenza del motivo, il perfetto ricordo che ne conserva il malato, la impossibilitá in lui di giustificarli; ciò che pure non è proprio, nè del paranoico nè dell' epilettico. E la sintomatologia susseguente giustifica l' apprezzamento.

Si susseguono i periodi di eccitamento, ma le caratteristiche, passo passo, vanno mutando; essi si avvicendano con rapidità ognor più

Digitized by Google

crescente, con intervalli sempre minori, ed in essi il malato è indifferente, quasi stupido, privo di affettività e di emotività. Il delirio coordinato dell' inizio si risolve in una vera insalata di parole (vedi il diario di aprile), in una fuga di idee « senza movimenti lussureggianti », come dice lo Schüle, « che non procede per associazioni logiche, ma consiste in idee strane ed in un miscuglio caleidoscopico di parole, di cui spesso se ne piglia una, e le si dà una vera caccia »; i sintomi demenziali chiaramente appaiono. Ma, più che durante lo stato di agitazione psicomotoria, i sintomi demenziali si rendono evidenti nei periodi di sosta, con la stereotipia di certi atti gli accenni di ecoprassia, di negativismo, la puerilità e fatuità del contegno, l' assenza di affettività (fatti rilevati nel diario del maggio).

Però, riandando la sintomatologia complessiva nella suddivisione da noi stabilita, dobbiamo ritenere che il primo fenomeno rivelatore della nuova sindrome consista puramente nelle corse impulsive descritte, o che piuttosto fosse rilevabile già negli accessi a tipo maniacale un qualche accenno in accordo coi fenomeni svoltisi in seguito?

Già il Finzi (1), ricordando come talvolta sia difficile differenziare lo stadio iniziale della demenza precoce da accessi maniaci (o melanconici) delle frenosi periodiche o circolari, accenna alla possibilità di notare in tali casi una certa povertà o stereotipia di movimenti, qualche atteggiamento speciale, come il tener la testa sollevata dal cuscino a guisa di alcuni paralitici, protendere le labbra a doccia, star lungamente nella stessa posizione, coprirsi il capo colle lenzuola, non occuparsi dell' ambiente ecc. Nel nostro paziente nulla di tutto questo. Solo la povertà ideativa, rispecchiata dal delirio, poteva dar qualche sospetto, mentre l' espansività, la corrispondenza fra idee ed atti, il nessun indebolimento dell' affettività, l' interesse per la famiglia e per l' ambiente ricordavano il maniaco. E per quest' ultimo, secondo il Taalmann Kip (2), sta pure la logorrea, le associazioni per assonanza, la facile distraibilità, fatti tutti che nettamente lo distinguono dall' ebefrenico. Restano perciò due soli fenomeni: l' assurdità e la stereotipia del delirio. Questo è monotonamente eguale, non rispecchia la lucidità del maniaco, la rapidità delle associazioni in lui caratteristiche, è assurdo perchè manca di coerenza pur mantenendo il suo tipo megalomaniaco. Il malato esprime concetti senza base di motivo; infatti ora è re, ora regina, ora semplice soldato, ora vuol regalar milioni al medico, ora vuol legarlo con miliardi di catene.

Sono fatti questi che certamente, in una sindrome complessa e tipicamente analoga a quella di una data forma clinica, sfuggono e ven-

(1) I. Finzi — Breve compendio di psichiatria. Hoepli, 1899, p. 124.
(2) *Allgm. Zeitschr. f. Psych.* Bd. LIV. 1-2-1892.

Digitized by Google

gono giudicati di nessun valore. Essi possono costituire però, come giustamente dice il Finzi, gli abbozzi di quell' insieme di fenomeni che caratterizzeranno la forma morbosa in progresso di sviluppo. Come i fatti già accennati da quest' autore, anche quelli messi da noi in ragguaglio colla sintomatologia susseguente acquistano valore, tanto più che si riferiscono ai due fenomeni, assurdità e stereotipia, di cui quest' ultimo specialmente, secondo quanto pensa il Morselli, è spesso il sintomo più appariscente della demenza, ed anche il solo.

Osservazione II — (1) V. Vittoria d' anni 18 nubile, domestica. Non risulta che nella sua famiglia vi sieno precedenti di nevrosi o psicosi. Mestruò a 16 anni, ed i corsi furono sempre regolari per ricorrenza, un pò scarsi per quantità; presenta costituzione fisica discreta, si nutriva bene, abitava in luogo sano. Di indole buona, un po' taciturna, d'intelligenza mediocre, lavorava volontieri. Non aveva sofferto malattie nè fisiche nè mentali.

Due mesi prima di essere ricoverata al manicomio, accusò improvvisamente forte cefalea, ribelle ai comuni analgesici, ed il suo carattere divenne sempre più taciturno e cupo. Rimaneva a letto quasi tutto il giorno, pronunciando qualche parola solo se interrogata, e ciò lentamente, quasi a fatica. Il medico curante, rilevando anche l' assenza di bolo isterico, giudicò la malattia una forma di nevrastenia grave. In seguito, avendo la paziente manifestato idee di suicidio (i genitori sembra l' abbiano sorpresa 2 volte mentre cercava gettarsi dalla finestra), si ritenne necessario l' allontanamento dalla famiglia.

23 novembre 1903 — Si presenta al suo ingresso nel manicomio con la sindrome caratteristica del rallentamento psico-motorio. È taciturna, ipobulica, incerta in ogni suo atto, senza tendenza spontanea a muoversi o ad agire. Interrogata risponde a voce bassa, adagio, ma assennatamente; si mostra bene orientata, è cosciente del proprio stato. Asseriva in principio di sentirsi nel capo « *confusione* », che a parlare ed a muoversi *faceva fatica* e le pareva di essere impacciata, e si raccomandava talora alle cure del medico, dimostrandosi contenta e sollevata dell' interessamento che questi prendeva di lei. Seguiva i consigli e le prescrizioni terapeutiche, mostrandosi preoccupata di non migliorare col passare del tempo.

1 dicembre — La paziente è divenuta più taciturna, con spiccata tendenza alla solitudine, sicchè cerca sempre di star sola, nascosta in qualche angolo, immobile, con la testa china, lo sguardo fisso a terra. Non oppone resistenza ai movimenti passivi, e gli attivi sono compiuti lentamente o appena abbozzati. Non si nota alcun fatto di stereotipia o manierismo od impulsività, nè deficienza di affettività. Forse manifestò qualche tendenza al suicidio, essendosi trovata una volta con una cordicella nascosta.

15 dicembre — L' inferma si è notevolmente risvegliata; ha cominciato a lavorare tranquillamente, sempre però taciturna, lenta. Il miglioramento continua e si accentua verso la fine del mese.

(1) Manicomio di Ferrara. Cartella N. 3852

Digitized by Google

Gennaio — È laboriosa, pronta ed esatta nelle risposte, corretta nel contegno, fiduciosa e soddisfatta di sentirsi meglio; si accenna alla possibilità di una prossima dimissione.

Febbraio — È completamente ristabilita, non presenta più alcuna traccia di rallentamento psico-motorio. Lavora assiduamente e volontieri, parla con le compagne, desidera di ritornare in famiglia. In questi giorni però, ricevendo la visita del padre, tenne un contegno diffidente e strano, manifestando idee velate di persecuzione e di rovina, finchè finì per licenziare essa stessa il genitore, che non voleva più vedere. Interrogata dopo il fatto, si mostrò, un pò confusa e turbata, nè volle dare le spiegazioni richieste. Il giorno appresso, invece, a nuove domande, risponde che realmente suo padre le aveva destato un' impressione sinistra, e che essa gli aveva detto che le sembrava di vedere *una seggiola*, che ora capiva l' assurdità di questo fatto e del suo contegno, di cui non sapeva dare spiegazione.

Nel fare questo racconto la paziente appariva meravigliata piuttosto che preoccupata. Ricordava bene tutto, appariva però diffidente nel contegno.

20 febbraio — Continua lo stato di benessere; sembra però subentri uno stato di lieve eccitamento. La paziente è di loquacità eccessiva, ha tendenza insolita alla compagnia, iperattività nel lavoro, ricercatezza nell' abbigliamento, un pò di civetteria col medico.

Marzo — Lo stato di eccitamento andò accentuandosi in questi primi giorni. La paziente dice di voler parlare al Direttore perchè non la trattava come le altre malate, e con lei non si voleva intrattenere a parlare. In seguito apparisce disordinata al massimo, laceratrice, con segni evidenti di negativismo; rifiuta il cibo.

15 marzo — Continua il forte stato di eccitamento. La paziente dice frasi senza senso, ed in nessun modo si riesce ad attirare la sua attenzione. Non risponde mai coerentemente, è disorientata, rifiuta ostinatamente il cibo. Nessuna traccia di affettività, i sentimenti morali appaiono assenti; bestemmia, parla sconciamente e predica.

Aprile — È assai più tranquilla, fatua nel contegno e nei discorsi, gira pel cortile senza scopo in istato quasi permanente di subeccitamento, ha fatti di manierismo, corre incontro al medico esplicando una mimica facciale abbondantissima e dicendo parole incomprensibili. Però se la si avvicina, si ritira, non vuol essere toccata, insulta le infermiere, mangia solo se imboccata. Non è possibile in nessun modo farle prestare la benchè minima attenzione. Nessun cenno di affettività; scomparsa assoluta di ogni poter critico.

L'opportunità di riportare un' altra storia clinica con sintomotologia eguale, ma decorso assai più complesso, mi permette, anche per amore di brevità, solo un rapido rilievo dei fatti salienti presentati dalla malata ora descritta.

Non è difficile rilevare nello svolgersi della attuale forma morbosa, una certa analogia con quella precedentemente studiata, poichè qui pure è possibile una netta distinzione in due quadri clinici, collegati da un

Digitized by Google

fenomeno d' indole impulsiva. La quasi improvvisa scomparsa dell' affettività, l' insorgere repentino e quasi fulmineo di idee persecutive e di rovina, che determinano l' avversione pel padre da parte della paziente, probabilmente in preda ad allucinazioni (vedeva una seggiola), la coscienza dell' atto e dell' assenza del motivo, la meraviglia sua più che una reazione emotiva, giustificano l' interpretazione da noi data al fenomeno. Prima di ciò, scorrendo la storia, rileviamo all' inizio fenomeni creduti sintomi di nevrastenia, l' inizio lento del periodo di depressione, la tipicità dei caratteri di questo come stato d' arresto psicomotorio, il persistere di quelli coll' aggravarsi delle condizioni, l' integrità psichica completa del periodo di sosta. Attraverso all' avvisaglia fornita dall' atto impulsivo, vediamo quindi i primi fatti di eccitamento con iperattività nel lavoro, la ricercatezza nell' abbigliamento, la civetteria, e così via via l' incalzare dei sintomi nuovi, quali il manierismo, il negativismo, l' impulsività o l' assurdità di contegno, maggiormente rilevabili nello stato di relativa calma della paziente.

Vedremo le analogie che esistono nel decorso di questa forma morbosa con quella che ora descriveremo, e per la quale mi varrò in parte della descrizione del Vedrani (2), completando i primi dati coi fatti da me osservati durante la nuova fase di malattia, che ricondusse dopo tre anni di benessere la paziente al manicomio.

Osservazione III. — (1) Maria R. d'anni 23, nubile, di Serravalle, contadina, con eredità psicopatica negativa, è recidiva. Di intelligenza mediocre, di costituzione fisica buona, mestruò a 17 anni; si occupò sempre di lavori di campagna. Ebbe un periodo non precisabile di melanconia nel 95, e guarì, curata in famiglia, con ricostituenti e tonici. Poi nel 99 ricadde nello stato morboso, con inizio caratterizzato da smemoratezza, alterazione della pronuncia delle parole, immobilità della persona, sguardo nel vuoto, mutacismo. Insorsero quindi idee suicide, e perciò fu ricoverata al manicomio.

Ricavo dai diarî di quel tempo:

Settembre — (2) « si presenta stuporosa, immobile, come irrigidita. Mantiene indefinitivamente la posizione seduta ed eretta nella quale è lasciata. La faccia non esprime nessun affetto. Gli occhi sono quasi immoti, per lo più piegati a terra o diretti nel vuoto: il battito delle palpebre raro. Invitando ripetutamente la malata a manifestazioni attive di movimento, si nota qualche cenno di movimento della parte; il movimento richiesto è appena iniziato ma si vede che non riesce a compierlo, e l'ammalata rientra nella sua inerzia ».

Sono possibili negli arti tutti i movimenti passivi, non si ha plasticità delle membra, la reazione alla puntura d' ago è tarda e lenta: sembra talora,

(1) Manicomio di Ferrara Cartella N. 3400, e 3832.

(2) Vedi Vedrani. — Per la diagnosi e la prognosi delle malattie mentali (*Bollettino del Manicomio Prov. di Ferrara.* Fasc. IV. A. 1900. Pag. 189).

Digitized by Google

dallo sguardo, che l'ammalata accenni a parlare, ma che non vi riesca. Nell'interrogatorio (1) si ottengono solo le seguenti risposte bisbigliate e tarde, dopo aver ripetuto molte volte le domande ad alta voce:

D. Come ti chiami? R. *Maria R.*

D. Che mestiere fai? R. *Che mestiere? lavori di campagna.*

D In che paese sei nata? R. *In che paese? In che paese? a Torre.*

D. In che città sei adesso? R. *In che città?... qui sono venuta perchè...* ecc. ecc.

In *ottobre* persiste lo stato di stupore.

In *novembre* — Da alcuni giorni l'inferma è un poco più sciolta; ora lavora di calze, sebbene con sorprendente lentezza, senza vivacità; risponde a tutte le domande; dice che provava sempre un gran mal di capo. Ha fissato pochi ricordi del tempo della malattia; domandata cosa pensava, risponde che non pensava nulla; richiesta quale fosse il suo sentimento, non ricorda di averne avuto nessuno.

Dopo poche settimane è dimessa completamente guarita.

Rientra dopo circa *tre* anni di permanenza in famiglia ove sembra abbia goduto della massima integrità psichica.

Dice l'anamnesi: quattro mesi prima avea avuto un figlio; seguì puerperio normale, ma allattamento brevissimo. Subito dopo cominciarono lentamente a manifestarsi i disturbi mentali con insonnia, cefalea, mutacismo (mentre prima l'ammalata era loquace); a stento le si fa pronunciare qualche parola e questa spesso non è se non *la ripetizione della domanda.* Fisicamente è deperita: non prova nè il piacere nè il dolore, e assisterebbe impassibile davanti a qualsiasi dramma domestico; spesso rifiuta il cibo. Per essersi dimostrata pericolosa a sè stessa viene ricoverata.

In *settembre* — Presenta nuovamente i fatti tipici del rallentamento psicomotorio. Parla stentamente sottovoce, e solo in seguito ad insistenti ripetute domande dice il proprio nome, ed il suo paese. Del resto sta sempre muta, immobile, ed i suoi movimenti, raramente spontanei, il più spesso provocati, sono assai lenti *quasi faticosi.*

L'orientamento è abbastanza bene conservato, e la malata mostra comprendere ciò che le si dice.

Così nei due mesi successivi; mentre dal *dicembre* a tutto *febbraio* sembra migliorare progressivamente. È più sveglia, però sta sempre sola, appartata.

Ma nel *marzo* improvvisamente si agita, e l'eccitamento non presenta caratteri maniacali. La malata è disordinata al massimo, disorientata, priva di attenzione, e di affettività. Pronuncia frasi sconnesse con lo sguardo privo di espressione, ha un contegno assolutamente assurdo, rifiuta il cibo ed occorre imboccarla. In seguito più tranquilla, rivela ancora più spiccati fenomeni demenziali; irrequieta, con sorriso fatuo sulle labbra, non risponde alle domande, o verbigera continuamente frasi senza senso; talora risponde, ma non c'è corrispondenza alcuna fra la domanda e la risposta.

È negativistica, sitofobica, eminentemente inpulsiva e sucida, e tale si mantiene nei mesi successivi di *aprile, maggio, giugno* e *luglio.*

(1) Vedi Vedrani — l. c.

Digitized by Google

Lo sviluppo della forma morbosa or ora descritta è più complesso della precedente; anzichè un solo periodo di depressione, se ne avvicendano tre: il primo di essi certamente lieve, poichè fu compatibile con la cura famigliare, gli altri due simili fra essi, coi caratteri tipici del rallentamento psicomotorio, come rilevammo nell' altra paziente. Il passaggio a quello che diremo il secondo periodo della malattia, non si compie in questa malata in modo graduale, mentre nessun fenomeno durante il periodo di miglioramento accenna alla nuova fase. L' inizio dello stato a caratteri demenziali è invece brusco, e progredisce in breve volger di tempo rendendone spiccatissimi i fenomeni. Questi i caratteri desunti dalla storia presente; ma la sindrome che nel soggetto attuale, come nella malata precedentemente descritta, condussero nella prima fase della malattia alla diagnosi di frenosi maniaco-depressiva, sono perfettamente identici. Ed è importante rilevare come nella Maria R. tale diagnosi si fosse stabilita fino dal secondo periodo di depressione, tali e tanti erano i fenomeni tipici dell' arresto psicomotorio, che il Kraepelin considera quale sintomo cardinale della fase depressiva dei circolari. Ma era veramente un rallentamento psicomotorio quello rilevato nelle nostre pazienti? Dato lo svolgimento successivo della forma morbosa, esso non poteva essere scambiato che coll' intoppo psichico, e la differenziazione certo non era delle più facili. Però sia nell' una che nell' altra paziente il meccanismo del pensiero e la tendenza a compiere le azioni si rilevano integri, ma vi era un ostacolo invincibile, che rendeva incompleta o appena accennata l'azione, difficile e timida l' espressione; a *parlare facevo fatica*, dice la Vittoria V. Ciò non succede nell' intoppo psichico, ove, come ricorda il Vedrani, vi ha l' inettitudine a sentire la superiorità di un motivo per un movimento od una azione; esiste un fenomeno d' indecisione esagerata che può interrompere ad ogni momento l' azione, o renderne l' esplicazione addirittura contraria. E così dicasi per la reazione agli stimoli dolorifici che manca nell' intoppo psichico, e per i movimenti espressivi a cui si contrappone, nello stesso caso, l' indifferenza.

Mancano assolutamente inoltre, fin dall' inizio ed in seguito, gli accenni palesi alla stereotipia, al manierismo, alla impulsività, e la integrità psichica si rende perfetta nei periodi che diremo di sosta. La sintomatologia quindi non potrebbe essere più caratteristica, come ne fanno fede anche i minimi particolari registrati nei diarî, specialmente della Maria R., che il Vedrani ha descritto, dopo il secondo accesso, quale esempio caratteristico di arresto psicomotorio in circolare.

Nè, nel caso concreto, poteva darsi allora importanza all'assenza di espressione affettiva, all' impassibilità ed alla mancata emozionalità rivelatasi nel III accesso (settembre) in tale malata, poichè il fatto fu già

Digitized by Google

notato, benchè raramente anche nei malati di psicosi circolare. Per cui riandando, come nel primo nostro malato, tutta la storia clinica delle due pazienti, nella sua prima fase, ci troviamo ben impacciati a rilevare alcun fenomeno in relazione ai susseguenti. Però, prima di accennare al valore che, seguito ai fatti ora palesati, dobbiamo attribuire all'arresto psicomotorio, è utile ricordare nella Vittoria V. i sintomi di nevrastenia grave, rilevati all'inizio della forma morbosa dal medico curante. Questo stato di esaurimento nervoso, quasi con assoluta costanza, si nota, come ricordano Finzi e Vedrani (1), specie all'inizio della demenza primitiva, come pure della paralisi progressiva. A quest'ultima forma però nel caso accennato è un po' difficile pensare.

Per la Maria R. i fatti sono ancor più ipotetici e quasi nulli, qualora non si voglia attribuire un valore speciale al fenomeno della ripetizione della domanda (cui però spesso seguì la risposta) notato nell'interrogatorio del Vedrani fin dal II accesso psicopatico, fenomeno che nuovamente è accennato, benchè rapidamente scompaia, coll'incalzare dei sintomi, nell'inizio del terzo stato di depressione.

Il Morselli distingue nettamente questo fenomeno dall'ecolalia riflessa, che tanta importanza ha nella demenza, e lo attribuisce ad un ritardo di comprensione, od a preparazione della risposta, od anche a vezzo. Esso ad ogni modo, testimoniando un ritardo nelle facoltà di percezione del malato, rientra nei fatti di arresto psicomotorio.

Osservazione IV. — (2) M. Maddalena di Portomaggiore, entrò per la prima volta in manicomio all'età di 16 anni; è immune da eredità psicopatica. Di ottimo carattere morale, di intelligenza discreta, aveva sempre lo sguardo come di persona presa da spavento. Fisicamente debole, non avea iniziato ancora le mestruazioni. L'accesso psicopatico era scoppiato improvvisamente senza causa diretta: solo giorni prima avea ripetutamente manifestato, con giusti motivi, il timore di essere incinta. Errava qua e là senza scopo, ricusava di stare a letto avea febbre e cefalea. Dai diari manicomiali si ricava che appena, ricoverata, mostrò di reagire fortemente all'ambiente con pianti e grida. Poi ad intervalli si mostrava calma disinvolta, laboriosa, il più spesso piangeva senza motivo, rimaneva confusa e mesta, e sembrava quasi incantata.

Dopo tre mesi di degenza, in cui il miglioramento s'era fatto progressivo, è mestruata per la prima volta regolarmente; pochi giorni dopo usciva guarita.

Dopo circa *sei anni* di benessere, ricadde nuovamente nell'accesso psicopatico. Tre mesi prima avea partorito non a termine, ed in precedenza

(1) Finzi e Vedrani - Contributo clinico alla dottrina della demenza precoce. - (*Rivista Sper di Freniatri.* - Vol. XXV - a. 1899. p. 375).

(2) Manicomio di Ferrara - Cartella N. 2205, 2927, 2980, 3565.

Digitized by Google

avea sofferto di febbri malariche. Anche stavolta ammalò d'improvviso, con sintomi di confusione mentale; rifiutava il ribo, tentò il suicidio. L'accesso durò circa 15 giorni, e dapprima dovette essere assicurata a letto; successivamente si mise tranquilla, e accudiva a qualche piccolo lavoro. Venne dimessa guarita.

Dopo *quattro mesi* riammala, presentando la medesima sintomatologia del precedente stato depressivo, e l'accesso dura circa 26 giorni.

A distanza di circa *5 anni e mezzo* l'ammalata ha una nuova ricaduta; nel frattem o ebbe due parti regolari ed un aborto. Anche stavolta l'accesso esordì improvvisamente con insonnia, vomito, tendenze al suicidio. Dai diarî si ricava: è entrata in pieno accesso maniaco, e si è dovuto per alcuni giorni tenerla assicurata; in seguito si calma e sta a letto anche sciolta, benchè sempre un po' confusa. Questa volta l'accesso si prolunga, e si hanno oscillazioni più o meno intense nello stato di agitazione psicomotoria, mai una vera remissione o guarigione.

Ritroviamo la paziente un anno dopo in istato di forte depressione. Vi soggiace da lunghi mesi: è ansiosa, con allucinazioni terrifiche a base specialmente religiosa; per giornate intere piange e si lamenta ad alta voce dicendosi dannata, invoca i santi, e ripete ritmicamente per ore ed ore le stesse formule di preghiera. Talora ha qualche giorno di serenità in cui è tranquilla ed allegra, ed allora racconta le allucinazioni che la spaventarono durante il periodo di ansia, e dice che proprio vedeva diavoli e figure spaventose che volevano rapirla; poi ricade nello stato ansioso con idee di autoaccusa e visioni terrifiche. Una sera ebbe un vero *raptus melanconicus* con atti di violenza contro sè e gli altri.

L'anno seguente si nota ancora l'alternativa di stati di relativa calma e periodi di eccitamento in cui l'inferma strilla come un'ossessa: tali periodi si succedono con rapidità grandissima. Non si rilevano fatti di indebolimento mentale.

Al presente (dopo un anno) la sintomatologia è sempre strana e variabilissima, inoltre l'ammalata ha evidenti segni di manierismo e di stereotipia in molti suoi atti, ed in certi canti che essa a volte ripete lungamente con tono monotono e costante. Ha frequenti atti impulsivi, quali il mordere improvvisamente le vicine di letto: è stata, a periodi, sudicia e coprofagica; accenna ad idee di negazione. L'affettività è tiepidissima, il carattere straordinariamente mutevole: talora, quasi presentando un sdoppiamento della personalità, si pone a bamboleggiare mutando voce e parlando con gesti e discorsi fanciulleschi, e allora pronuncia storpiate anche le parole stesse, e ride e giuoca con tutto come una bambina. Poi, da tale stato passa improvvisamente alla disperazione con veri *raptus*, allucinazioni terrifiche, delirio di rovina e di dannazione. Spesso ancora queste idee vengono esposte senza reazione psichica in accordo: e con la stessa facilità, da uno stato di depressione accentuato la paziente cade d'un tratto in sub-eccitamento con risa improvvise ed ingiustificate. Mangia da sola, è laceratrice. Da vario tempo non è più possibile alcun esame psichico, perchè l'ammalata non presta attenzione, passeggia su e giù per la stanza ritmicamente, fa boccaccie, sputa, ed a nulla risponde. Reagisce agli stimoli esterni.

Digitized by Google

Neppure il quadro clinico di questa paziente è tale da permettere una diagnosi sicura della forma morbosa, perchè la sintomatologia vi è oltremodo varia, e direi quasi proteiforme.

Sono notevoli le sue analogie, nello stato attuale, con certe forme rare, cosidette *intermedie*, fra la frenosi circolare e la demenza primitiva, ed anche per le sue rassomiglianze, nello sviluppo della forma morbosa, con alcuna delle osservazioni precedentemente descritte; fatto questo che, in base al raffronto dei sintomi, ci può servire per un giudizio di probabilità sull'entità e sull'esito della malattia.

Abbiamo infatti nella paziente un succedersi di periodi di confusione maniaca e di melanconia ansiosa, nell' ultimo dei quali, in un complesso di sintomi frequentemente notevoli, ne compaiono alcuni caratteristici, anzi patognomonici di una forma morbosa che non ha, con quella diagnosticata non a sproposito all' inizio, relazione alcuna; cioè sintomi di forma cronica in una forma periodica.

Quest' ultima è affermata da una serie di 3 periodi, il primo dei quali ha inizio pubere, e colla pubertà fisica appare intimamente legato, poichè scoppia in giovinetta con notevole ritardo nel comparire dei mestrui, e completamente cessa col comparire di questi. Un tale periodo morboso, come pure i due successivi, rivestono i caratteri della depressione, l' ultimo, che tuttora perdura, ricorda le forme miste.

Credo però che a queste non si possa pensare, perchè, se non all' inizio dell' accesso, certo con una progressione assai rapida, troppi sintomi, come vedremo, impropri delle frenosi circolari, si sono affermati, e per la lesione evidente, se non completa, dell' affettività, cui anche il Lambranzi (1) crede dover attribuire importanza capitale in una differenziazione fra uno stato demenziale ed uno stupore maniaco. Nè a tale lesione può diminuire importanza l'osservazione già ricordata del Wernicke, che talora nell' acme del rallentamento psicomotorio non esiste alcun affetto, poichè la lesione in parola appare evidente attraverso a qualsiasi stato psichico della paziente, sia questo di depressione o di eccitamento.

I fenomeni che cominciano a sconvolgere la sintomatologia caratteristica delle frenosi circolari, si rilevano durante lo stato depressivo dell' ultimo periodo, tuttora in corso, col ritmo monotono e prolungato delle formule di preghiera, e cogli atti di violenza che, considerati come *raptus* melanconici, possono far pensare anche ad atti impulsivi.

In progresso di tempo la stereotipia si afferma, l' affettività, come rilevammo, si intiepidisce, si rende manifesta una impulsività che ha

(1) R. Lambranzi — Contributo allo studio della « frenosi maniaco - depressiva » e della « melanconia da involuzione ». (*Giornale di Psichiatria clinica e Tecnica manicomiale*, a. 1902, Fasc. II e III).

Digitized by Google

dell' assurdo. Assurdità pure rileviamo nel contegno generico dell' ammalata, e qui merita speciale attenzione quella specie di sdoppiamento della personalità che ricorda assai la *paramimia ebefrenica* dello Ziehn, la discrepanza cioè tra le turbe intellettuali e la reazione mimica, e che rivela inoltre la mutabilità frequentissima ed improvvisa del tono emozionale. Così pure altro contrasto si nota tra contenuto delirante e relativo tono emozionale, per cui idee di rovina vengono manifestate colla massima indifferenza; si aggiunga qualche idea non bene manifesta di negazione. Tutto questo attraverso innumerevoli stati di eccitamento e di depressione brevi o lunghi, ma succedentisi con una rapidità notevolissima, con sintomatologia proteiforme; chè, i fenomeni notati, ora si rilevano, ora scompaiono per qualche tempo, lasciando il posto agli altri fatti, già caratteristici dei periodi precedenti, che fanno ricadere nel dubbio diagnostico.

A noi non è dato, lungo i diari dei passati periodi, rilevare anche per questa paziente, come pure facemmo per altri casi, qualche accenno di legame con l' attuale sintomatologia. Sembra che nessuno dei fenomeni d'ora sia stato mai rilevato, ed inoltre nei periodi intervallari la paziente visse normalmente. Dobbiamo però notare il legame dell' inizio del morbo colla pubertà, e degli accessi successivi con fatti della vita sessuale; poi l' insorgere repentino, brusco, dei periodi morbosi, in seguito il primo accenno di stereotipia, e le allucinazioni, di cui l' ammalata serba coscienza e non sa dare spiegazioni. Alcuni di tali fatti vedemmo già manifesti nell'osservazione I; per indurre sul valore di altri fenomeni, ritenuti patognomonici delle frenosi circolari, quali ad esempio quelli d' arresto psicomotorio, ci servono le osservazioni II^a e III^a. Quindi, volendo, in base a quanto abbiamo sino ad ora notato, dare un giudizio di probabilità sull'esito della forma or ora descritta, ci atterremo a quello di una forma demenziale, non ancora giunta allo stadio terminale, forma che per esclusione non solo, ma anche per qualità di sintomi non potrebbe essere che la demenza precoce. Altrimenti si potrebbe pensare ad una forma intermedia, se l' incalzare dei sintomi non deponesse per una malattia in corso di sviluppo.

***

I sintomi nuovi e discordi che abbiamo esaurientemente rilevato nelle storie cliniche descritte, hanno indirizzato sempre il nostro pensiero verso la demenza primitiva, come quella forma che, per molteplici ragioni, sola concederebbe l' interpretazione della sintomatologia.

Vi corrisposero sempre, con sfumature or maggiori or minori, tutte le sindromi descritte, segnatamente coi fatti di indifferenza, assurdità,

Digitized by Google

stereotipia ed impulsività. Ad ogni modo, ammessi come demenziali i sintomi più recenti delle varie malate, in quale modo si dovrebbe interpretare in base alle attuali cognizioni cliniche, le precedenti sindromi di frenosi circolare? Si potrà supporre che il nuovo aspetto della malattia sia un semplice esito della forma primitiva, ma l'esperienza clinica non ci concede una tale ipotesi, perchè occorrerebbe dimostrare che i ripetuti e vari accessi di eccitamento o depressione hanno alterato siffattamente il cervello delle malate, da spingerle irremissibilmente ad una nuova forma morbosa cronica e progressiva. E noi sappiamo invece, che è carattere precipuo delle forme periodiche di mantenersi tali sino alla più tarda età; e nelle nostre pazienti vedemmo i sintomi demenziali rivelarsi in modo quasi improvviso, in discordanza manifesta collo stato mentale dei periodi interaccessuali già notati.

Potrà allora supporsi si tratti di una nuova malattia che alla prima si sostituisca. Non potremo certamente dirla forma secondaria, se in essa parola mostriamo di alludere ad un rapporto patogenetico; poichè sappiamo pure che tra le psicosi periodiche e le frenosi croniche, sia deliranti, sia demenziali, vi è uno speciale antagonismo, in modo che la periodicità della malattia non è certo una condizione favorevole all'insorgere di psicosi cronica.

Potremmo ammettere puramente l'associazione di due quadri nosologici ben distinti, in cui due malattie, a decorso ed eziologia propria, formano un così detto gruppo di *forme comitate*; ma se decisamente credo si debba escludere una simile ipotesi per le osservazioni I^a, II^a e III^a, un dubbio giustificato assale dinanzi al quadro clinico della IV^a malata, nella sindrome primitiva della quale nessun appiglio ci è dato a giustificazione dello stato attuale, tranne forse l'inizio pubere del morbo e la coincidenza degli accessi coi fenomeni della gravidanza, mentre intralciano qualsiasi interpretazione la lunga e distanziata serie di quelli e la loro costante tipicità. Si potrà trattare d'una forma intermedia fra la demenza primitiva e la frenosi maniaco-depressiva: ma già dicemmo che il repentino mutamento di sintomi, dal penultimo accesso a quello che ridusse l'ammalata nelle attuali condizioni, e l'incalzare dei sintomi, poco si attagliano a simile interpretazione, poichè una forma intermedia inizialmente e con varia vicenda dovrebbe ripetere sintomi dell'una e dell'altra forma.

Per le osservazioni I^a, II^a e III^a crediamo giustificato farle rientrare in quel gruppo di forme della demenza primitiva che si stabilisce molto lentamente e con varî episodi acuti; e specialmente nella I^a storia abbiamo potuto rilevare, in mezzo ad una sintomatologia maniacale, quei fenomeni (assurdità, stereotipia) che costituiscono l'ab-

Digitized by Google

bozzo, come dice il Finzi, di quell' insieme di fenomeni che stabiliranno in seguito il carattere della malattia.

Nella II^a^ e III^a^ osservazione però, l' indagine, benchè accuratissima, non ci ha sufficientemente soccorso, poichè crediamo non sia il caso di attribuire, in mezzo ad una decisa sindrome di arresto psicomotorio, molto valore ad un inizio morboso con sintomi di nevrastenía (osservazione II^a^), o ad una pseudo-ecolalia, anche se recidivante (osservazione III^a^). Piuttosto, in base ai fatti accertati nelle osservazioni II^a^ e III^a^, dobbiamo noi ritenere il rallentamento psicomotorio patognomonico della frenosi maniaco-depressiva? Abbiamo riportato di una malata (osservazione III^a^) la descrizione del Vedrani in appoggio ad una tale opinione. Ora che i fatti porterebbero a considerare l' entità e l' esito delle forme morbose ben diverso da quello allora previsto, crediamo si possa porre un dubbio sul fatto; ciò è pure opinione del Lambranzi (1). A meno che non si voglia considerare la nuova forma sintomatica delle osservazioni II^a^ e III^a^ come associata alla iniziale, ciò che, come dicemmo, crediamo si debba escludere a priori.

***

Queste le considerazioni che, nei casi presi in esame, ci concedono le sindromi più recenti poste in rapporto colle precedenti. L' ulteriore decorso delle forme morbose ci porrà nel vero.

Risulta, ad ogni modo, chiaramente dalla discussione, come la diagnosi precoce delle forme che furono oggetto del nostro studio sia oltremodo difficile, e talora fallace. Per ciò appunto dobbiamo por mente a questi fenomeni, talora di accoppiamento, o di sovrapposizione, o di sostituzione di sindromi, che rendono spesso oscuro l' orizzonte della clinica psichiatrica. Essi ci ammoniscono sull' identità di origine, o di sviluppo di molte forme morbose di cui le analogie sono molteplici, e ci mettono sulla via per importanti deduzioni generali, offrendo punti di partenza ad indagini sulla natura delle forme morbose stesse.

(1) R. Lambranzi — Contributo allo studio della « frenosi maniaco-depressiva » e della « melanconia da involuzione » (*Giornale di Psichiatria clinica e Tecnica manicomiale*, 1902, fasc. II e III).

Digitized by Google

MANICOMIO PROVINCIALE DI FERRARA

Sopra un caso di microcefalia vera

NOTE CLINICO-ANATOMICHE

DEI DOTTORI

R. TAMBRONI e A. D'ORMEA

L'inferma che illustriamo nella presente memoria formò oggetto di una comunicazione che uno di noi fece al X° Congresso della Società freniatrica italiana (1).

Essendo in seguito la malata venuta a morte, l'esame clinico e antropologico potè essere completato col reperto anatomico; e però il caso, divenuto così tanto più interessante, ci parve meritevole di uno studio più completo e particolareggiato, e di pubblicazione, quale contributo interessante alla casistica della microcefalia vera.

ANAMNESI

La M. Cesira nacque il 13 agosto 1845 nella provincia di Ferrara. Dell'anamnesi remota si sa che il padre suo era malato di mente, con gravi e frequenti allucinazioni, e morì per apoplessia; la madre era psichicamente sana, ma essendo premorta al marito, questi sposò una imbecille colla quale la Cesira convisse parecchi anni; dal lato collaterale essa ha un fratello e due sorelle, di cui una, imbecille grave, è ricoverata in questo manicomio sino dal 1888; degli altri solo si sa che sono psicopatici. La Cesira sino dalla fanciullezza si mostrò idiota e sembra non abbia mai sofferto di alcuna notevole malattia: ha avuto sempre le mestruazioni regolari per epoca e durata, ma non si sa in quale età incominciassero. Finchè visse il padre, che era benestante, la tenne presso di sè assieme all'altra sorella custodendole con cura e nulla del necessario facendo loro mancare; e durante tutto questo tempo l'inferma si mantenne abbastanza tranquilla e buona. All'età di trentasette anni perdè il padre, e da allora incominciò per essa una vita di patimenti e di squallida miseria; per lunghi periodi di tempo non potè nutrirsi che di sola e poca polenta, e fu persino vista mangiare nel trogolo del maiale. In queste tristissime condizioni visse per ben cinque anni, finchè,

(1) Tambroni — Un caso interessante di microcefalia. *Atti del X° Congresso della Società freniatrica italiana in Napoli*; Ottobre 1899.

Digitized by Google

avendo manifestato accentuate tendenze alla violenza contro sè e gli altri, a compiere atti contro il pudore, e anche ad incendiare, fu accolta d'urgenza in questo manicomio il 5 marzo 1887. Dopo dieci mesi la raggiungeva la sorella maggiore, pure imbecille grave, cui già abbiamo accennato.

Caratteri generali — Donna di statura media (*v. Fig. 1*); costituzione scheletrica regolare, se si eccettua il capo che appare assai piccolo e fa evidente contrasto col corpo, normale per forma e dimensioni; masse muscolari bene sviluppate; adipe non molto abbondante; stato generale di nutrizione discreto; pelle di colorito normale e poco sollevabile in pieghe. Il sistema pilifero, di color nero e brizzolato al capo, è bene sviluppato ovunque, più scarso sotto le ascelle; sul labbro superiore e sul mento si trovano peli in una certa abbondanza.

Capo — Il cranio è piccolissimo ed appiattito posteriormente; al vertice, ove i capelli vengano divaricati, vedesi una piccola chiazza rotonda alopecica, che sembra il residuo di un foruncolo.

La faccia invece è molto sviluppata, sicchè appare quella di un uomo robusto; il padiglione delle orecchie può dirsi normale, è molto sviluppato l'antelice e non si nota il tubercolo di Darwin; il lobulo è regolare e leggermente aderente. Le arcate sopra-orbitali sono molto sviluppate; gli occhi sono piccoli, l'iride è castana; il naso è piuttosto grosso, ma di forma normale; la bocca è enormemente grande, e quando è spalancata lascia vedere le fauci assai dilatate; le labbra sono tumide, i denti normali per numero e disposizione, solo gl'incisivi sono impiantati obliquamente in avanti, la cavità orale è tanto ampia da capire circa un pugno d'uomo, il mento, normale, è un po' cosparso di peli, i muscoli del volto si contraggono con forza e dànno all'inferma una espressione scimiesca.

Fig. 1

Tronco ed Arti — Il torace è ampio e ben formato; le mammelle sono piuttosto voluminose, ma più per abbondanza di adipe che per sviluppo della glandola, l'areola è ristretta ed ha un colorito roseo assai pallido, tanto che si differenzia appena dal tessuto cutaneo circostante; le glandole del Montgomery sono scarse per numero e poco pronunciate, i capezzoli sono

Digitized by Google

poco sviluppati e presentano un colorito roseo poco più scuro dell'areola. I visceri toracici appaiono normali e sani.

L'addome è perfettamente normale, il bacino è ampio e muliebre, non si osserva alcuna traccia di gravidanza antica o recente, nulla di notevole si rileva a carico degli organi addominali.

Gli apparati circolatorio, respiratorio e digestivo funzionano regolarmente.

Gli arti, tanto superiori che inferiori, sono forti e bene sviluppati, ma di forma maschile.

Organi genitali — I peli del monte di Venere e delle grandi labbra sono tutti bene sviluppati; il tessuto sottocutaneo delle grandi labbra è molto lasso, tanto che la cute si presenta molto abbondante e si solleva in due larghe pieghe stirabili in avanti. Le piccole labbra sono poco sviluppate, e il loro tessuto sottocutaneo è molto lasso; dell'imene rimane appena qualche traccia, e nella vagina il dito penetra con grande facilità. L'utero appare piccolo e in posizione normale.

ESAME OBBIETTIVO

Antropometria:

Cranio

Grande circonferenza	mm:	420
Semi-circonferenza anteriore	»	215
» posteriore	»	205
Curva antero-posteriore	»	216
» biauricolare	»	197
Somma delle tre curve principali	»	833
Diametro antero-posteriore	»	140
» biparietale massimo	»	111
» frontale massimo	»	90
» » minimo	»	102
Altezza della fronte	»	38

Faccia

Altezza della faccia dalla glabella	mm:	118
Diametro bizigomatico	»	120
» bimandibolare	»	91
Distanza mento-auricolare a destra	»	114
» » a sinistra	»	119
Angolo facciale (Jacquart)	»	61

Tronco ed Arti

Grande apertura delle braccia	mm:	1700
Statura	»	1560
Diametro bisacromiale	»	320
Circonferenza toracica	»	875
Altezza dello sterno	»	191
» dell'addome	»	255

Digitized by Google

Distanza xifo-ombelicale	mm:	145
Diametro bisiliaco	»	282
» bitrocanterico	»	360
» sacro-pubico	»	240
	destro	sinistro
Lunghezza dell'omero	mm: 340	mm: 336
» dell'avambraccio	» 251	» 250
» della mano	» 190	» 190
» del I. dito	» 58	» 58
» del II. dito	» 68	» 65
» del III. dito	» 75	» 76
» del IV. dito	» 70	» 70
» del V. dito	» 54	» 53
» dell'arto inferiore		» 942
» della coscia		» 520
» della gamba		» 380
» del piede		» 233
Circonferenza massima del braccio		» 230
» » dell'avambraccio		» 227
» » della coscia		» 485
» » della gamba		» 312
Peso del corpo		Kg: 58

Sistema nervoso — Tanto la sensibilità generale che i sensi specifici, per quanto è possibile rilevare dato il grado di intelligenza della M., sembrano abbastanza normali.

Nulla di speciale si rileva a carico della motilità volontaria e riflessa.

Facoltà psichiche — Dai ripetuti ed accurati esami che abbiamo fatti sulla Cesira, e più ancora dalla vita che essa ha condotto in questo manicomio per quasi quattordici anni, possiamo affermare che la sua intelligenza è relativamente abbastanza sviluppata. La parola rapida ed a scatti è discretamente intelligibile, spesso però agli oggetti e alle persone dà nomi immaginarî, o riferentisi forse a ricordi della sua vita. Dimostra di riconoscere le persone che più spesso la avvicinano, come i medici, la ispettrice, la guardarobiera, le infermiere, e tutti chiama talvolta col nome loro, tal altra a modo suo o con semplici cenni e suoni inarticolati; e alla conoscenza delle persone unisce ancora quella dei luoghi e delle abitudini, sicchè chiedendole, ad esempio, dove stia la guardarobiera, essa prontamente indica il guardaroba; come pure, presentandole vari oggetti, dimostra di riconoscerli bene, e così fra un anello, una chiave e un drappo porge ciò che le si chiede, e ne sa dire i nomi con parole complete, ma sempre pronunciate a scatti e accompagnate da una speciale mimica del volto simile a un sorriso.

Per il lavorare è del tutto svogliata e intollerante, e se qualche volta si riesce di farle fare la calza, essa non si cura che di fare il punto senza alcuna norma per l'andamento generale del lavoro. Di carattere molto irascibile, fa spesso bizze bambinesche e assai gravi, pestando furiosamente i piedi

Digitized by Google

con grida e pianti, percuotendo i vicini, ed anche con atti di autoviolenza, battendosi il capo e mordendosi le mani, sicchè sul dorso della mano destra, non ostante i ripari messile, le si è formata una specie di callosità; per tutto questo si è dovuto spesso tenerle qualche mezzo di coercizione. Per altro con grande facilità passa dal pianto al riso e viceversa, e molte volte durante e dopo le sue bizze dice di aver paura, ma non si capisce di che; e nessun altro fatto lascia supporre che possa trattarsi di allucinazioni. Quasi gelosa della propria persona, se qualche malata la offende, essa con strepiti e querimonie richiama l'attenzione delle sorveglianti, poi accenna l'avversaria perchè sia punita. Desidera molto che tutti si curino di lei, e quando il medico la visita e le si trattiene attorno, essa è tutta contenta, apre la bocca, mostra la lingua, si mette a camminare, fa vedere qualche foruncolo od altro che la tormenti, ed è docilissima ad ogni ricerca che su di lei si voglia fare; anzi ogni volta che il medico passa per la sezione, essa procura di attirarne l'attenzione sopra di sè. E così ancora, quando i medici dello stabilimento la presentano a qualche visitatore, essa di questo interessamento si mostra felicissima, e, come un animale ammaestrato, subito ripete spontaneamente tutti quei movimenti, e prende quelle pose che di solito le si dànno per meglio mettere in evidenza i suoi caratteri somatici. Del male è molto paurosa, e se, qualche volta è indisposta, subito corre dal medico a mostrare i suoi mali, e dice di non voler morire, chiamando anche la mamma come ad invocare una protezione; come pure si mostra impressionata al ricevere la notizia della morte di qualche sua compagna di sventura. L'affettività per altro è quasi del tutto mancante, e così mentre la sorella (*v. Fig. 2*) dimostra verso di lei un affetto grande, essa non dà prova di corrisponderla affatto o quasi; anzi quando quella la raggiunse nel manicomio, essa divenne più stizzosa e dovè esserne divisa. Le funzioni della vita vegetativa compie ottimamente, e, for-

Fig. 2

Digitized by Google

nita di ottimo appetito, ha mangiato sempre da sè e con voracità animalesca, tanto che qualche volta ha per ciò avuto anche vomito; solo in questi ultimi tempi ha dovuto talvolta essere imboccata, perchè non sapeva più mangiare da sola; ma la sua voracità non è per questo diminuita punto; nei primi tempi rifiutava il vino, ma ora lo accetta e dimostra anche di gustarlo. La defecazione e la minzione compie normalmente, e non è abitualmente sucida; solo qualche rara volta ha urinato in letto. Il sonno è abbastanza tranquillo, talvolta però tarda ad addormentarsi, ed allora fa un lamento piagnucoloso e monotono che disturba le sue compagne, sicchè si deve ricorrere a qualche ipnotico per acquetarla.

Quanto al senso genesico non sembra sia molto sviluppato, benchè qualche volta sia stata sorpresa, durante la notte, colle mani agli organi genitali, e le condizioni di questi lasciano supporre nel passato atti di masturbazione.

RIASSUNTO DEI DIARI

La Cesira, come già abbiamo detto, è stata in questo manicomio per circa quattordici anni, durante i quali ha sempre goduto di ottima salute, ed anzi in questo tempo le sue condizioni fisiche sono di molto migliorate.

Di carattere invece è divenuta sempre più stizzosa e turbolenta: le facoltà intellettuali si sono mantenute sempre invariate.

Nel gennaio 1901 è stata côlta da bronco-pneumonite, per la quale dopo pochi giorni di malattia, il 23 dello stesso mese, è morta (1).

---

(1) A complemento della storia della nostra inferma, crediamo utile riferire alcune importanti notizie che riguardano la sorella Zaira, cui già abbiamo ripetutamente accennato nel nostro racconto, e che togliamo dal lavoro del Dott. Finzi « Alcuni casi di imbecillità » *Atti della Accademia delle Scienze Mediche e Naturali in Ferrara* — Anno LXXI, Fasc. III e IV. 1897.

« M. Z. è grande e grossa di corporatura, però abbastanza proporzionata; buo« nissimo stato di nutrizione. Peso Cg. 62, anni 59, ma ne dimostra realmente una « decina di meno.

« Cranio piccolo, regolarissimo: suture molto sensibili tutte, anche la frontale; « capelli neri, un po' crespi, molto lunghi e abbondanti, abbastanza sottili. Fronte « bassa, sfuggente: iride di colorito bruno, naso grande e grosso, larga e ampia la « bocca, labbra un po' tumide, orecchie normali.

« Cute grossa, bruna, coperta di peli anche al mento e sul labbro superiore.

Statura	cm. 155	Dist. xifo-ombel. . . .	cm. 16.7
Grande apertura . . .	» 166	Diam. bisiliaco (spi.) . .	» 24
Diam. bis. acr. . . .	» 35	» » » (cre.) . .	» 27.5
Lunghezza I dito . . .	» 6	» » trocant. . .	» 31
» II »	» 9	» sacro-pubico . . .	» 17.5
» III »	» 10.4	Lungh. arto inferiore . .	» 82
» IV »	» 9.8	» coscia	» 41
» V »	» 7.4	» gamba	» 42
Circ. toracica . . .	» 94	» piede	» 25
Alt. sterno	» 17	Circonf. mass. braccio . .	» 23.7
» addome	» 29	» » avamb. . .	» 26

Digitized by Google

NECROSCOPIA

(fatta 12 ore dopo la morte)

Generalità — Cadavere di donna di costituzione scheletrica regolare, se si eccettua il capo che è enormemente piccolo in paragone del resto del corpo. La rigidità cadaverica è scomparsa ovunque; nelle parti declivi del

Circonf. mass. gamba . .	cm. 29.5	Diam. a. t.	mm. 130
» metà coscia . .	» 44	Indice cefalico . . .	» 838
Lunghezza braccio . . .	cm. 34		
» avambrac. . .	» 25	Altezza della faccia . .	» 170
» mano . . .	» 17.5	» » fronte . .	» 30
Cranio:		Diam. front. mass. . .	» 100
Grande circ.	mm. 494	» » minimo . .	» 103
Semicirc. ant	» 242	» bi-zigom: . . .	» 113
» post. . . .	» 252	» bi-mandib. . .	» 100
Curva a. p.	» 257	Dist. ment.-auric. . . .	» 131
» biauric. . . .	» 260	Angolo facciale	78
Diam. a. p.	» 155		

Torace ampio; apparecchio respiratorio normale; leggero soffio sistolico alla punta del cuore, che batte nel 5.° spazio sulla emiclaveare. Lo stomaco arriva 2 cm. sopra l'ombelico e incrocia a sinistra la IX^a costola; il fegato dà una ottusità, che dalla IV^a costola arriva in basso ai limiti normali. Nessuna anomalia negli altri apparecchi.

Anche il sistema nervoso e muscolare non presentano rilevanti deviazioni dalla norma. Così nel riposo come nella funzione la muscolatura della faccia, del tronco e degli arti non presenta lesioni. I movimenti sono grossolani, lenti, incerti, incoordinati: ma non per diffettosa innervazione propriamente detta, bensì o per la poca attenzione, o per l'emozione, la confusione e la vergogna, che suscita in lei l'esame clinico. La sensibilità, per quel poco che si può capire dall'indagine grossolana, sebbene ripetuta, è in tutte le sue forme normale. Però la qualità delle superfici che vengono in contatto con la cute non sono apprezzate nel loro giusto valore: il caldo, il freddo e il dolore non si riesce con esattezza a sapere se sono sentiti finamente: senza dubbio però il grado di queste sensibilità rientra nei limiti fisiologici. L'udito è un po' ottuso: buona la vista, ma sembra ristretto il campo visivo; i colori comuni sono apprezzati giustamente; assai primitivo è invece il giudizio sui sapori ed odori, distinti solamente in buoni e cattivi. I riflessi sono tutti normali.

L'aspetto della M. Z. è un po' maschile, il contegno attivo, l'espressione è arcigna, con gli angoli delle labbra spesso abbassati, il linguaggio normale nella forma, povero e slegato nel contenuto; la condotta buona. L'emotività semplice è pronta, facile, rumorosa. Piange con grandissima facilità, come pure con grandissima facilità va in collera. Ma la sua collera non si manifesta che gridando e piangendo, come la paura. L'attenzione è apparentemente abbastanza sviluppata, perchè l'inferma è quieta e dà segno di porgere ascolto. Nel fatto poi, sia per somma debolezza di memoria, sia per difficoltà di associazioni anche elementari, sia perchè non comprende i discorsi, sia perchè realmente non era attenta ma distratta, il più delle volte di quest'attenzione non si ha alcuna prova.

È di un carattere eccessivamente misantropo, va in collera facilissimamente con chiunque la turbi nei suoi lavori; del resto non dà fastidio a nessuno. È vergine e non ha mai dato segno di sentimenti sessuali esagerati nè pervertiti. La sua

Digitized by Google

tronco e degli arti, in questi anche nelle parti non declivi, si notano chiazze bluastre ipostatiche; non vi sono piaghe da decubito, nè alcuna lesione della cute. La pelle non è sollevabile in pieghe, il tessuto adiposo sottocutaneo è piuttosto abbondante, specialmente nel tronco; le masse muscolari sono normalmente sviluppate. Negli occhi si nota la tela di Winslow; le vene nelle regioni deltoidee sono alquanto iniettate.

Capo — Il cuoio capelluto è molto spesso, i capelli sono brizzolati ed abbondanti.

All' apertura del cranio esce una abbondante quantità di sangue: la calotta è piccola, ha pareti di spessore ineguale, più sottili a destra e più spesse a sinistra, dove, specialmente in corrispondenza della estremità esterna della protuberanza occipitale, assume l' aspetto di un osteoma; i solchi delle arterie meningee sono poco profondi. La diploe è scarsa ed alquanto iniettata; i seni venosi della base sono ripieni di sangue; la dura madre, che aderisce al margine superiore interno degli emisferi, specialmente nella parte posteriore dell' emisfero destro, è leggermente iperemica, di colore biancogiallastro di cartapecora nuova, molto spessa ovunque ed in modo veramente enorme nel torcular Erophili. L' aracnoide è trasparente, la pia è leggermente iniettata e sottilissima e si distacca bene dalle sottostanti circonvoluzioni. Le arterie della base non sono ateromatose e sono piccolissime; la glandola pituitaria è molto sviluppata. L' encefalo nel suo insieme, senza la dura madre, pesa gr. 427.

Torace — Aperta la cavità del torace, il polmone sinistro appare perfettamente libero, il polmone destro nella sua parte inferiore ed esterna aderisce con piccole briglie di recente data. Il primo è perfettamente aereato, leggermente enfisematoso nel margine anteriore, di color roseo, crepitante ovunque al taglio, e pesa gr. 549; il destro crepita al taglio, ed è normale soltanto nella parte anteriore del lobo superiore, nelle altre parti trovasi in istato di splenizzazione, al taglio crepita appena, contiene molto sangue e messo nell' acqua affonda; il suo peso è di gr. 830.

---

età adesso la mette fuori di questione per alcune, se non per tutte le manifestazioni sessuali, che però sembrano avere avuto sempre assai poca importanza nella vita di questa donna. L' età del resto non ha portato modificazioni nella sua psiche; in dieci anni di vita manicomiale, essa ha fatto ogni giorno presso a poco le stesse cose, compiuti gli stessi atti, dette le stesse parole. Le quali tuttavia non mancano di esprimere un certo lavoro intellettuale, che arriva alle deduzioni e alle induzioni più semplici.

E quantunque il contenuto sia povero, le idee elementari sono chiare e giuste, tanto che c' è un apparente contrasto fra le sue espressioni spontanee e quelle provocate colla ricerca, le quali ultime sono deficientissime.

Converge i bulbi per 20; » non comprende di cancellare i segni; è incerta nel riconoscere un' incisione fra le altre; ricorda il primo, talvolta i primi due numeri o vocaboli uditi; non vuole assolutamente fare nè l' esperienza del Blis nè quella del Bryan. Nessun altro saggio mentale è riuscito.

Complessivamente in questa donna, proveniente da una famiglia colpita da gravissima labe degenerativa, troviamo uno stato di infantilismo e una uniformità stazionaria di fenomeni psichici: inbecillità completa di grado medio ».

Digitized by Google

Il cuore pesa gr. 260, è piccolo con abbondante adipe nell' esocardio, il miocardio è sottile e piuttosto grasso; le valvole degli orifici atrio-ventricolari e arteriosi sono normali e sane. L' aorta è di calibro ristretto, e la superficie interna si sente leggermente scabra.

Addome — Nulla di anormale si nota a carico dello stomaco, regolare per forma e posizione, gl' intestini sono pure normali e rigonfi di gas.

Il fegato pesa gr. 1295, ha piccolo il lobo sinistro, la capsula è abbastanza trasparente, il parenchima, povero di sangue e alquanto resistente al taglio, ha un fondo a chiazze noce-moscata. La milza misura cm. 13 per 8, 2 e pesa gr. 230; ha la capsula color lavagna e un poco raggrinzata; è molto resistente al taglio ed ha la polpa color feccia di vino.

I reni sono piccoli, circa del medesimo volume e pesano in totalità gr: 205, di cui gr. 105 appartengono al sinistro; la capsula si stacca benissimo in entrambi, la sostanza corticale è abbastanza conservata, ma ha un colore scuro e in alcuni punti ardesiaco; la sostanza piramidale è poco svilupppata, pallida e circondata da grasso.

L' utero è piccolo, il muso di tinca normale; ovaia e trombe pure normali; l' utero, cogli annessi, pesa gr. 90.

Il pancreas è piccolo, nel resto normale.

CRANIOMETRIA

Capacità cranica	cm.³	505
» dell' orbita destra	»	18
» » sinistra	»	18
Peso del cranio con la mandibola	gr.	333
» della sola mandibola	»	70

Cranio

Diametro antero-posteriore massimo	mm.	131
» fronto-iniaco	»	128
» trasverso massimo	»	100
» obliquo destro	»	110
» » sinistro	»	102
» basilo-bregmatico	»	101
» frontale minimo	»	70
» stefanico	»	72
» bitemporale	»	100
» biauricolare	»	89
» asterico	»	91
Circonferenza orizzontale	»	374
Semicurva anteriore	»	190
» posteriore	»	184
» biauricolare	»	188
» antero-posteriore	»	211

Digitized by Google

Semicurva occipitale totale	mm.	73
» sotto-occipitale	»	33
» sopra-occipitale	»	40
» biparietale	»	149
» frontale totale	»	75

Faccia

Diametro bizigomatico	mm.	118
» bisjugale	»	102
» biorbitario esterno	»	91
» » interno	»	86
Altezza della faccia	»	118
» spino-alveolare	»	10
Larghezza delle orbite	»	38
Altezza dell' orbita destra	»	33
» » sinistra	»	33
Larghezza interorbitaria	»	18
Linea naso spinale	»	50
Lunghezza del naso	»	32
Larghezza »	»	22
Altezza delle apofisi mastoidee	»	46
Distanza auricolo-orbitaria destra	»	60
» » » sinistra	»	56
Lunghezza della volta palatina	»	59
Larghezza » » »	»	30
Distanza dalla spina palatina al basion	»	42
» dall' apofisi orbitaria esterna al bordo alveolare a destra	»	89
» dall' apofisi orbitaria esterna al bordo alveolare a sinistra	»	99
» dal foro uditivo alla spina nasale a destra	»	100
» dal foro uditivo alla spina nasale a sinistra	»	89
» dal foro uditivo al bordo esterno dell' orbita a destra	»	50
» dal foro uditivo al bordo esterno dell' orbita a sinistra	»	50
» dalla sinfisi del mento al condilo a destra	»	118
» dalla sinfisi del mento al condilo a sinistra	»	118
Diametro antero-posteriore del foro occipitale	»	30
» trasverso » » »	»	28
Angolo facciale (Jacquart).		60

Indici

Cefalico	77,33
Verticale	77,09
Trasverso-verticale	101,—
Cranio-facciale	102,—
Facciale	115,68

Digitized by Google

CRANIOSCOPIA

Norma verticalis. - Si nota un fortissimo grado di microcefalia; il cranio è di tipo dolicocefalo leggermente euricefalo, con plagiocefalia occipito-frontale destra. Delle suture, la coronaria è molto semplice e si ha la sinostosi della sagittale, come pure è completamente ossificato il bregma. Le bozze frontali mancano, e si nota invece una prominenza mediana dell'osso frontale molto accentuata dall'ofrion al bregma, e che poi va appianandosi lungo la linea sagittale e al vertice del capo si biforca e si dirige bilateralmente lungo la sutura lambdoidea, dal lato dell'osso parietale, sino all'asterion.

Fig. 3

Norma lateralis (*v. Fig. 3*) - Appare uno sviluppo molto notevole del cranio facciale in confronto al cranio cerebrale, e un forte prognatismo. La fronte è bassa e tanto sfuggente, che coll'osso frontale forma un piano quasi orizzontale; la linea temporale superiore dell'osso parietale è bene evidente; è invece appena accentuata e molto semplice la sutura squamosa; il foro auricolare esterno è piuttosto basso, l'apofisi mastoide è enormemente sviluppata in confronto al cranio.

Norma occipitalis. - Leggera tendenza alla forma losangica; la sutura lambdoidea è abbastanza ricca di denti assai strettamente uniti; del lambda non rimane traccia, l'inion è poco prominente, discretamente accentuato invece è l'asterion.

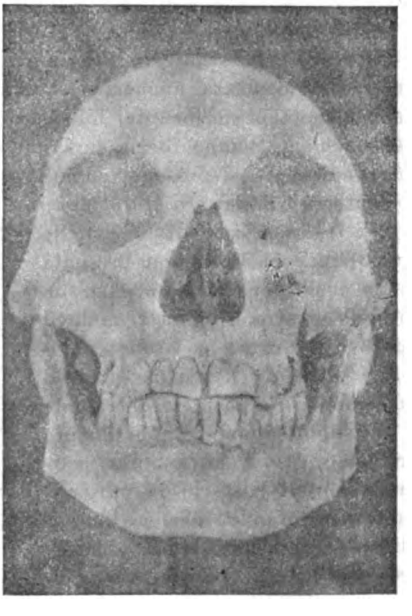


Fig. 4

Norma facialis (*v. Fig. 4*) - La fronte è stretta, le cavità orbitarie sono molto ampie, e le arcate zigomatiche alquanto sporgenti; le fosse nasali sono piuttosto larghe. I denti sono regolari per forma e disposizione, ma gl'incisivi superiori appaiono impiantati assai obliquamente in avanti; dei molari qualcuno manca. La mandibola è robusta e, in confronto al cranio, molto grande, col gonion alquanto sporgente.

Digitized by Google

Norma basilaris. - Il foro occipitale è in posizione normale; la sutura sfeno-occipitale è molto semplice e poco visibile; i processi stiloidei sono piuttosto piccoli, le apofisi condiloidee bene sviluppate.

Esame interno. - Il tavolato osseo della calotta è piuttosto sottile, specialmente nella regione parieto-temporale destra: si nota invece un forte ispessimento, a forma di rilievo, lungo tutta la sutura sagittale e lambdoidea. I solchi delle arterie meningee sono poco profondi; la fossa anteriore è assai piccola e pianeggiante; delle fosse medie, entrambe piccole, è più profonda ed ampia la destra; le fosse posteriori sono discretamente sviluppate e di esse pure è maggiore la destra. L' eminenza occipitale interna è appena accentuata; i fori dei nervi e vasi cranici sono ampi e regolari per numero e disposizione.

ENCEFALO

Peso totale dell' encefalo, senza le meningi	appena estratto	gr. 427
	conservato in alcool	» 341
Peso dell' emisfero destro		» 134
» » sinistro		» 138
» del cervelletto bulbo ed istmo		» 69
Lunghezza massima dell' emisfero destro		mm. 104
» » » sinistro		» 102
Larghezza massima del cervello		» 100

***

Il cervello guardato *in toto* dall' alto e dal disopra colpisce, oltre che per la sua piccolezza, anche per il fatto che gli emisferi lasciano scoperta quasi la metà posteriore dei lobi cerebellari; e siccome i due lobi cerebrali posteriormente hanno forma smussata e sono fra loro molto divaricati, tutto il verme superiore si presenta completamente scoperto.

Scissura di Silvio - *Emisfero destro* (*v. Fig. 5*) - La scissura di Silvio nella sua porzione basilare non presenta alcuna cosa di particolare. La sua porzione esterna è lunga 47 mm. ed è poco divaricata. La branca anteriore è quasi del tutto mancante e non esiste che la posteriore, la quale ha direzione quasi completamente verticale; essa è abbastanza profonda. Il ramo posteriore è pure abbastanza profondo, decorre molto obliquamente in alto senza comunicare con altra scissura, e posteriormente è limitata nettamente da una circonvoluzione curva.

Fig. 5

Emisfero sinistro (*v. Fig. 6*) — Anche a sinistra la scissura di Silvio non presenta nulla di particolare nella sua porzione basilare, se si eccettua una

Digitized by Google

rudimentale comunicazione con la scissura orbitaria, comunicazione che, in modo ancora più rudimentale, esiste per verità anche nell'emisfero destro.

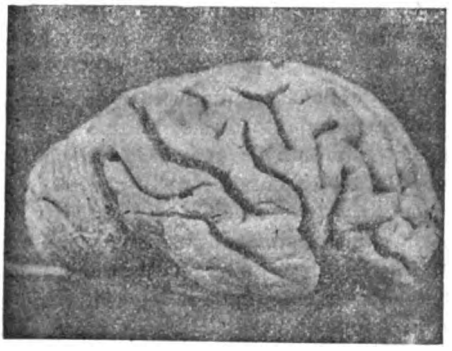


Fig. 6

La porzione esterna è assai più breve della corrispondente di destra, giacchè misura soltanto 40 mm. Anche a sinistra la branca anteriore del ramo anteriore è rudimentale. La branca posteriore è più breve che a destra, ma mediante una piccola scissura, non molto profonda, comunica con quella di Rolando. Il ramo posteriore, piuttosto profondo, decorre quasi verticale e, con due scissure superficialissime e che sfiorano appena la 1.ª circonvoluzione temporale, si mette in comunicazione con la prima scissura temporale.

Scissura parieto-occipitale — *Emisfero destro* — La porzione interna, invece di essere perpendicolare, decorre obliquamente molto all'innanzi dall'alto al basso. La porzione esterna misura 13 mm., è un po' più posteriore della sinistra, ha lo stesso decorso di questa, ed è anch'essa limitata nettamente all'esterno da una circonvoluzione.

Emisfero sinistro — La porzione perpendicolare interna della scissura parieto-occipitale scende abbastanza in basso e non presenta particolarità degne di nota. La porzione esterna è brevissima (appena 8 mm.), decorre obliqua verso l'indietro ed è nettamente limitata da una circonvoluzione all'esterno.

Scissura di Rolando — *Emisfero destro* — Lunga mm. 51, non molto profonda, quasi rettilinea. L'estremità superiore dista dalla punta del lobo frontale mm. 80 e dalla punta del lobo occipitale mm. 72. Anche a destra non arriva al margine interemisferico ed è limitata da una piega; ma questa è più piccola della corrispondente di sinistra. In corrispondennza della metà è interrotta da una grossa piega di passaggio su cui si osserva, invece del solco rudimentale corrispondente di sinistra, una leggera depressione. L'estremità inferiore è limitata completamente da una piega di passaggio.

Emisfero sinistro — Lunga 49 mm. (lunghezza relativa) abbastanza profonda nella parte inferiore poco nella superiore, poco serpeggiante. L'estremità superiore dista dalla punta del lobo frontale 78 mm. e dalla punta del lobo occipitale 63 mm.; non arriva al margine interemisferico per essere limitata da una piega relativamente voluminosa.

In corrispondenza della sua metà circa essa è interrotta da una robusta piega di passaggio, sulla quale però si nota un rudimento di solco che starebbe a rappresentare la continuazione della scissura. L'estremità inferiore, come abbiamo veduto, è limitata da una piega che dalla parte inferiore della frontale ascendente passa alla parietale ascendente segnata da un rudimento di solco prolungantesi nella branca posteriore del ramo anteriore della scis-

Digitized by Google

sura di Silvio. Al di sotto subito della notata interruzione un solco superficiale fa comunicare la scissura di Rolando con la II.ª scissura frontale.

Lobo frontale — *Emisfero destro* — La porzione inferiore od orbitaria del lobo frontale è separata quasi completamente dalla porzione esterna mediante il solco orbito-frontale il quale ha un decorso quasi rettilineo. Detto solco nella sua estremità, sfiorando la superficie della 3.ª circonvoluzione frontale, va a sboccare nella scissura di Silvio nel punto ove si biforca il suo ramo esterno; nella sua estremità interna è limitato da una piega che dalla porzione inferiore passa a quella esterna del lobo frontale e costituisce la radice delle prime due circonvoluzioni frontali.

La scissura orbitaria non presenta la caratteristica disposizione a stella, ma è fatta di due solchi indipendenti fra loro, brevissimi e superficiali di forma curva: l'esterno disposto parallelamente al solco interemisferico a convessità esterna, l'interno più breve, in direzione obliqua e a convessità quasi posteriore.

Nella porzione esterna del lobo frontale la disposizione a tre circonvoluzioni longitudinali è alquanto irregolare, specialmente per ciò che riguarda la seconda. Mentre infatti si potrebbe dire che la 1.ª e la 3.ª, astraendo naturalmente dal loro irregolare volume, fossero presso che normali, la 2.ª non sarebbe rappresentata che da un breve tronco che, originatosi con due radici dalla metà posteriore della 1.ª, va ad unirsi alla 3.ª nel suo punto medio. La frontale superiore si origina dalla estremità superiore della frontale ascendente, si presenta massiccia nella sua metà anteriore e nella sua estremità anteriore si unisce con la estremità anteriore della 3.ª frontale. Questa prende origine subito al di sotto della metà della frontale ascendente e piega subito in basso costituendo così il margine anteriore della branca posteriore del ramo anteriore della scissura di Silvio: quindi, piuttosto esile e tortuoso, si dirige all'innanzi fino alla punta del lobo frontale. Da questa disposizione di cose risultano nel lobo frontale tre scissure di forma triangolare: una piccola, superficialissima, fra le due radici della 2.ª frontale; un'altra. meno piccola e meno superficiale, fra le estremità anteriori della 1.ª e della 3.ª; finalmente in addietro una terza, più grande e profonda, fra la 2.ª e la 3.ª e la parte superiore della frontale ascendente.

Emisfero sinistro — La porzione inferiore od orbitaria del lobo frontale può dirsi quasi perfettamente uguale a quella corrispondente dell'emisfero destro, e può esserne quindi risparmiata la descrizione.

Nella porzione esterna la disposizione delle tre circonvoluzioni longitudinali è molto bene rappresentata. La 1.ª frontale o superiore si origina dalla estremità superiore della frontale ascendente e decorre regolarmente all'innanzi sino alla punta del lobo frontale. Nel suo punto medio circa manda una piega di passaggio alla 2.ª frontale, interrompendo così la scissura frontale superiore.

Nulla di particolare per ciò che riguarda la 2.ª circonvoluzione frontale. La 3ª frontale è breve ma massiccia e gira attorno alla branca posteriore del ramo anteriore della scissura di Silvio.

Digitized by Google

Lobo parietale — *Emisfero destro* — La circonvoluzione parietale ascendente è assai sottile specialmente nella sua parte superiore, ed è limitata posteriormente dalla scissura postrolandica. Questa è relativamente breve e in alto si biforca assumendo così la forma di Y: non comunica con altra scissura.

La scissura interparietale ha forma di curva a concavità anteriore e, per essersi approfondata la parte esterna e anteriore della circonvoluzione occipitale superiore, si è unita col suo punto medio alla 1.ª scissura occipitale prendendo così l'aspetto di una X. Per tale disposizione tanto il lobulo parietale superiore che l'inferiore, e specialmente quest'ultimo, sono ridotti a piccola proporzione e si sottraggono ad una descrizione minuta.

Emisfero sinistro — Anche in questo emisfero la circonvoluzione parietale ascendente è sottile, ma, al contrario che nell'altro emisfero, più nella metà inferiore che nella superiore. Anche qui la scissura postrolandica assume forma di Y, fra le corna del quale in alto si asside una circonvoluzione massiccia che costituisce un grosso ponte tra la parietale ascendente e il lobulo parietale superiore.

La scissura interparietale ha, presso a poco, la disposizione e la forma di quella di destra, con la differenza che in questo emisfero la X è meno manifesta, in quanto è più irregolare, e le due branche inferiori sono un po' più lunghe e un po' più ravvicinate.

Le circonvoluzioni tanto del lobulo inferiore che del superiore sono in questo emisfero più voluminose e meno frastagliate da solchi.

Lobo temporale — *Emisfero destro* — Le circonvoluzioni si possono tutte numerare bene. La temporale superiore, molto più corta dell'ordinario, segue dal basso all'alto e dall'avanti all'indietro la scissura di Silvio, già descritta, e con due radici si attacca posteriormente al lobulo parietale inferiore e alla circonvoluzione occipitale media. Inferiormente è limitata dalla scissura temporale superiore, la quale è larga e profonda, comunica all'indietro ampiamente con la scissura occipitale superiore e giunge così quasi alla scissura interemisferica, terminando a forma di piccola Y.

La scissura temporale inferiore è poco profonda, breve, rettilinea e limitata completamente da ogni parte da circonvoluzioni semplici e massiccie.

La circonvoluzione media con la sua estremità anteriore costituisce per un centimetro e più il margine inferiore della porzione esterna della scissura di Silvio, e mediante una grossa piega di passaggio, che limita anteriormente la scissura temporale inferiore, si anastomizza con la circonvoluzione temporale inferiore; posteriormente va ad anastomizzarsi con la circonvoluzione occipitale inferiore e viene limitata dal ramo inferiore della piccola Y della scissura temporale di sopra descritta.

La scissura occipito-temporale esterna non separa nettamente la circonvoluzione temporale inferiore dalla occipito-temporale esterna; una piega di passaggio nel mezzo riunisce queste due circonvoluzioni per modo che la detta scissura risulta composta di due y brevi ma abbastanza profondi con la forchetta rivolta rispettivamente verso il davanti e verso il di dietro.

La circonvoluzione temporale inferiore si unisce anteriormente alla estremità anteriore della circonvoluzione temporale media e a quella della occi-

Digitized by Google

pito-temporale esterna, e forma così la punta anteriore del lobo temporale, che risulta in tal modo abbastanza massiccia ; posteriormente si anastomizza con una grossa piega di passaggio alla temporale media e con una piccolissima alla circonvoluzione occipito-temporale esterna.

Per il resto la faccia inferiore del lobo temporale presenta tale frastagliamento delle diverse parti che non è possibile fare una descrizione delle sue scissure e circonvoluzioni.

Emisfero sinistro — Le circonvoluzioni della parte esterna si lasciano abbastanza riconoscere, quantunque la loro forma e disposizione si discostino alquanto dal normale.

Le scissure temporali superiore e inferiore incominciano molto indietro rispetto alla punta anteriore del lobo, per cui le estremità anteriori delle tre circonvoluzioni temporali si conglobano e assumono insieme la forma di un peperone senza far più conoscere quale parte di esso spetti alle singole circonvoluzioni.

La circonvoluzione temporale superiore posteriormente si unisce con due piccole radici alla porzione anteriore della parietale inferiore, lasciando dubbio se con la radicetta anteriore non sia in anastomosi diretta con la parietale ascendente. La scissura temporale superiore, in corrispondenza della sua metà circa, viene interrotta da una sottile piega di passaggio che anastomizza la temporale media con la temporole superiore.

La circonvoluzione temporale media posteriormente si biforca in due rami, coi quali si unisce rispettivamente alla parte posteriore della circonvoluzione parietale inferiore e alla circonvoluzione occipitale media. La scissura temporale inferiore, larga e profonda, si unisce al davanti molto più indietro della superiore e termina posteriormente a forma di Y.

La circonvoluzione temporale inferiore è più lunga delle altre due e, grossa all'innanzi, diviene più sottile posteriormente dove si unisce con la circonvoluzione occipitale inferiore. La scissura occipito-temporale esterna è lunga e profonda e separa nettamente la circonvoluzione temporale inferiore dalla occipito-temporale esterna.

Anche in questo emisfero la faccia inferiore del lobo temporale presenta tale irregolarità nella forma e nella disposizione delle circonvoluzioni da rendere impossibile una qualsiasi descrizione.

Lobbo occipitale — *Emisfero destro* — Il lobo occipitale si riduce a piccolissima cosa. La scissura occipito-parietale è posta molto all'indietro, è breve nella porzione esterna ma abbastanza profonda. Le tre circonvoluzioni occipitali sono addirittura rudimentali e semplicissime.

Emisfero sinistro — Anche in questo emisfero si nota la stessa rudimentalità di scissure e di circonvoluzioni dell'emisfero destro, ed anche più accentuata.

Faccia interna — *Emisfero destro* (*v. Fig.* 7) — Le tre scissure principali (calloso-marginale, occipito-parietale, occipitale orizzontale) sono tutte abbastanza profonde e normali per la loro disposizione e forma. Non può però certo dirsi altrettanto per le circonvoluzioni.

Digitized by Google

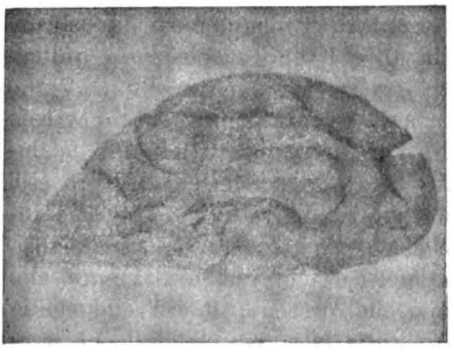


Fig. 7

La circonvoluzione frontale interna e quella del corpo calloso sono, specialmente al davanti, esili e semplicissime. Pochissimo sviluppati pure sono il lobulo pararolandico e il lobo occipitale triangolare. Discretamente sviluppato, ma sempre in modo relativo, è il lobulo quadrilatero.

Il corpo calloso è discretamente sviluppato nella sua parte anteriore, un pò deficiente nella posteriore.

Emisfero sinistro (*v. Fig. 8*) — In questo emisfero la scissura fronto-parietale interna non separa nettamente la circonvoluzione del corpo calloso dalla frontale interna, poichè in corrispondenza della metà circa notasi una piega di passaggio che la interrompe.

La scissura occipito-parietale è brevissima e poco profonda; lo stesso dicasi della occipitale orizzontale. Anche in questo emisfero le circonvoluzioni frontale interna e quella del corpo calloso sono meschine e semplicissime; come pure pochissimo sviluppati, e meno ancora che nell'emisfero destro, sono il lobulo pararolandico e i lobuli occipitale triangolare e quadrilatero.

Fig. 8

*
* *

Il caso da noi illustrato si presenta interessante per un triplice ordine di considerazioni: anatomiche, antropologiche e psicologiche.

Dal lato anatomico dobbiamo anzitutto constatare che il cervello della nostra donna appartiene al gruppo della *microcefalia vera* senza lesione anatomica, secondo il concetto del Giacomini (1), e precisamente ai microcefali ch' egli chiama *di alto grado.*

Infatti l' esame accurato che abbiamo eseguito di tale cervello, in ogni sua parte, ci autorizza ad escludere l' intervento di un processo

(1) Giacomini — I cervelli dei microcefali - Torino, 1890.

Digitized by Google

patologico oggidì ben conosciuto e ben determinato; mentre le speciali anomalie di struttura ch' esso ci presenta, per alcune parti dimostrano un evidente arresto di sviluppo, e in altre hanno disposizioni animalesche che si debbono ascrivere a fatti atavici.

E che per tali anomalie si debba a preferenza pensare ad un arresto e deviazione di sviluppo intervenuto, per una causa a noi ignota, durante la vita intrauterina, piuttosto che ad uno dei comuni processi patologici cui si possono riferire in massima parte le cerebropatie infantili, lo si potrebbe dedurre, oltre che come si è detto dalla mancanza di ogni traccia di lesione patologica nel cervello, anche dal fatto che le anomalie di struttura e di sviluppo che presenta il cervello stesso non sono nè diffuse in egual grado a tutta la massa cerebrale nè irregolarmente localizzate o disseminate, ma presentano una gradazione di intensità che richiama i vari periodi di sviluppo della vita embrionale. Infatti l' ipotrofia, pure essendo notevolissima in tutta la massa cerebrale, è peraltro molto più accentuata nei lobi occipitali, dove le circonvoluzioni sono addirittura allo stato rudimentale e semplicissime in entrambi gli emisferi, ed ai lobi parietali, mentre è in assai minor grado nei lobi frontali e temporali.

Questa disposizione, che, già osservata da Wagner (1) in alcuni microcefali, gli aveva fatto concludere che la microcefalia fosse causata da un processo iniziatosi fra il 3° e 4° mese della vita fetale, quando i lobi occipitali sono ancora poco sviluppati, mentre i frontali e i temporali si presentano già più distintamente, e che il Vogt (2) invece aveva completamente contraddetto, per quanto con misurazioni prese su getti della cavità cranica senza il diretto esame dei cervelli, assai giustamente il Giacomini riconduce al suo giusto valore facendo osservare che, se pure « la causa che ha prodotto la microcefalia può aver fatto sentire la sua azione di preferenza sopra un lobo che sull' altro, l' effetto che ne risulta costituisce solo un carattere particolare di un dato cervello, mai una disposizione generale a tutti i cervelli microcefalici (3) ».

Sicchè ad essa noi non ci sentiamo autorizzati a dare un valore più che ipotetico.

---

(1) Wagner — Vorstudien zu einer wissenschaftlichen Morphol. und Physiol. des menschlichen Gehirns als Seelenorgan. II Abhand. - (Ueber den Hirnbau der Mikrocephalen mit vergleichender Rücksicht auf den Bauen des Gehirns der normalen Menschen und der Quadrumanen). Gottingen, 1862.

(2) Vogt — Ueber die Mikrocephalen oder Affenmenschen - *Archiv für Anthropol.*, 1867, B. II.

Id. Ueber Mikrocephalie - *Wiener med. Wochenschr.* - Vol. XIX; 1869.

Id. L' origine de l' homme. *Revue scientifique.* Tom. XIX; 1877.

(3) Giacomini - l. c., pag. 257.

Digitized by Google

Nel cervello della nostra malata è pure evidente la simmetria dei due emisferi anche più accentuata della norma, fatto caratteristico dei cervelli microcefalici per la loro maggiore semplicità di struttura, che, sopprimendo gran parte delle pieghe secondarie e di perfezionamento, elimina appunto le maggiori cause di asimmetria.

Ed altro fatto degno di nota è la accentuata piccolezza delle arterie della base del cranio; ciò che avrebbe molta importanza per coloro che riferiscono appunto la causa della microcefalia ad una ristrettezza abnorme dei vasi cerebrali; teoria questa di cui è precipuo sostenitore il Joseph (1), ma sul cui valore si sono sollevate molte e valide obbiezioni.

***

Alle gravi e caratteristiche anomalie del cervello corrisponde la forma abnorme del cranio, che alla estrema piccolezza e sproporzione di sviluppo fra il cranio cerebrale e il cranio facciale unisce dolicocefalia, suture semplici e fortemente ossificate, accentuatissimo prognatismo, fronte bassa e sfuggente, mandibola assai grande, foro auricolare basso, arcate orbitarie prominenti, denti incisivi impiantati obliquamente e sporgenti. Tutti questi caratteri dànno al cranio della M. un aspetto animalesco, e offrono molti punti di somiglianza in craní dei primati.

Ed alla forma del cranio corrisponde l' espressione fisionomica, che, per il contrasto fra il cranio piccolissimo e la faccia, invece, enormemente sviluppata e di aspetto mascolino, con naso grande, orecchie a lobulo un poco aderente, occhi piccoli e profondi, sopraciglia sporgenti, bocca amplissima e molto sporgente, mento leggermente peloso, assume un aspetto spiccatamente scimiesco.

Mentre però il capo della nostra inferma presenta tanti e così spiccati caratteri di anomalie di sviluppo, le altre parti del corpo sono invece perfettamente normali.

Infatti la statura non inferiore alla media, la regolare forma delle membra e del tronco fra di loro bene proporzionati, il normale sviluppo delle masse muscolari, del tessuto adiposo e del sistema pilifero ne rendono il corpo ben fatto e quasi formoso; senza che in nessuna parte si riscontri qualcuno di quei caratteri degenerativi, abitualmente sì frequenti e numerosi in simili casi.

Alla perfetta costituzione morfologica fa pure riscontro la più invidiabile regolarità di tutte le funzioni della vita vegetativa, che hanno

(1) Joseph — Ueber Mikrocephalie - 55 *Jahresb. der Schles. Gesellschaft für das Jahr 1877* - Breslau, 1878.

Digitized by Google

sintesi veritiera, giacchè, come dice il Giacomini (1), « ogni cervello microcefalico presenta la sua individualità, ha caratteri propri, malgrado nel piano generale concordi con gli altri ».

***

Come appendice al nostro studio abbiamo compilato la seguente tabella comparativa delle misure craniometriche di alcuni microcefali, nella quale non abbiamo quindi messi tutti quei casi di cui conoscevamo solo i dati riferentisi al cervello e non quelli del cranio. Anche da questo quadro apparisce quale posto importante occupi la nostra inferma fra i 46 da noi raccolti.

(1) Giacomini — l. c., pag. 299.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

MANICOMIO PROVINCIALE DI FERRARA
Direttore: R. TAMBRONI

Un caso di Idiozia mongoloide

DEL
DOTT. ANGELO ALBERTI
assistente

I primi a classificare tra le varie specie di idiozia congenita la idiozia mongoloide furono gli Inglesi: il Langdon-Down, l'Ireland, il Fletcher-Beach, lo Schuttle-worth. Al XIII Congresso Internazionale di medicina a Parigi nell'adunanza della Sezione di Psichiatria, lo Schuttle-worth, riferendo sulle idiozie da *vizio di formazione congenita,* enumera tra esse le « *type mongol* » e si esprime in riguardo così: « Nella varietà di idiozia designata con il nome di « *mongoloide* » la forma della testa è caratteristica: essa è brachicefala, con circonferenza approssimativamente circolare, con una tendenza al parallelismo dal piano occipitale al frontale.

Il cranio è, per solito, piccolo; e tra altre particolarità dello scheletro osseo, noi troviamo quasi di norma nei mongoloidi che il dito mignolo è assai piccolo, e apparentemente incurvato per un leggero grado di spostamento laterale della prima falange.

La pelle è grossolana talvolta ricoperta di forfora; i capelli fini, lisci; le mucose irritabili, le labbra spesso crepate, la lingua grande con dei solchi profondi, dovuti all'ipertrofia delle papille fungiformi. Per quello che riguarda il cervello, le circonvoluzioni sono di solito grandi e grossolane, ma con poche circonvoluzioni secondarie.

Secondo l'oratore, gli idioti mongoloidi sono dei veri *enfants inachevès,* e ritiene che il loro aspetto mongoloide rappresenti una fase dello sviluppo fetale » (V. *Archives de Neurologie, A. 1900*).

Il Kellog - nel suo *Text-Book of Mental Diseases* - così si esprime: « Tra le idiozie congenite la mongoloide rappresenta il 10 0[0. L'idiota mongoloide è basso di statura, grosso, ha la regione occipitale più piccola che nei normali; il naso è camuso, gli occhi sono molto staccati, la rima palpebrale è obliqua in alto ed all'esterno come nei Cinesi, la lingua è grossa. La cute ha lo stesso aspetto che quella dei cretini, le estremità sono mal formate, sembrano come slogate; l'an-

Digitized by Google

datura è stentata con il corpo in avanti ed inclinato in basso; la temperatura, la circolazione, le funzioni trofiche sono deficienti.

Psichicamente: pronta percezione, considerevole memoria, assai notevole la facoltà imitativa e notevole la educabilità ».

Un caso di mongolismo con idiozia fu pubblicato dal Dott. W. Winston Hall sul *Pedietrics 1901, XI, N. 12*. In tale caso l'idiotino morto a 4 mesi presentò un vizio di cuore congenito, e degli accessi intercorrenti di asfissia.

Il Muir negli *Archives of Pediatrics* Marzo *1903* pubblica l'esame di 26 casi di mongolismo; eccone la recensione fatta dal giornale « *La Pediatria* » (anno IX Maggio 1903).

« Il mongolismo si può definire un tipo di debolezza mentale, sempre congenita, caratterizzata da alcune costanti alterazioni del cranio e del linguaggio. La sua estensione geografica sembra essere quella della razza caucasica. Nell' etiologia spesso riscontransi l' alcoolismo o le neuropatie negli ascendenti, e le cattive condizioni di salute della madre, durante la gravidanza. Il 56 0[0 dei casi si riscontra nei maschi.

La speciale conformazione del cranio e del viso notasi dalla nascita. La circonferenza cranica è quasi sempre diminuita: nei casi tipici il cranio è quasi sempre brachicefalo. Le fontanelle si chiudono tardi: l' anteriore circa a 2 anni e mezzo, la posteriore spesso a 5 o 10 mesi è ancora aperta. La faccia è d' ordinario appiattita, la parte inferiore della fronte è meno prominente, anzi trovasi ad un piano posteriore della parte superiore. Lo strabismo, sempre convergente e concomitante, non è raro; qualche volta si nota altresì epicanto, ed i bambini con quest' ultima deformità hanno aspetto più mongoloide degli altri. Gli occhi sono obliqui come nella razza mongola. La lingua mostra ipertrofia delle papille fungiformi, con consecutive fessure.

Le deformità del palato sono frequenti. I denti appaiono tardi ed irregolarmente. In genere lo sviluppo fisico è congenitamente debole, la statura meschina.

Il pollice ed il mignolo sono relativamente brevi, e le altre dita spesso sono quasi della stessa lunghezza: le estremità sono affusolate e non quadrate. Le condizioni mentali sono sempre alterate: da un lieve grado di imbecillità, si può arrivare alla grave idiozia ».

Tra i Tedeschi il primo che studió l'idiozia mongoloide fu il Neumann in alcune sue *Demonstrationen in der Berliner Medicin. Gesellschatf* e delle quali è dato un accuratissimo resoconto nel *Centralblatt für Nervenheilkunde* del 1900. Dice l' A:

« Il tipo mongoloide è caratterizzato dalla particolare conformazione della faccia. Il viso è piatto, il naso camuso, la piega naso-labiale è perpendicolare e si prolunga in alto verso gli occhi: i quali sono

Digitized by Google

molto più piccoli del normale, tagliati quasi in forma di fessura, obliqui con gli angoli palpebrali esterni stirati in alto: la bocca è di solito semi-aperta; e da essa sporge spesso la lingua che è molto grossa.

Il cranio è tondeggiante: la nuca non si spinge molto all' indietro, ma scende diretta in basso parallelamente alla faccia.

La circonferenza cranica è inferiore alla norma. In 13 casi studiati, si trovò 1 volta l' atresia anale, 3 volte la mala formazione del padiglione dell' orecchio, 3 volte lo strabismo, 3 volte il nistagmo, 2 volte dei vizi di cuore congeniti, i quali sembrano essere abbastanza frequenti nel tipo mongoloide. 10 sui 13 fanciulli studiati erano nei primi due anni di vita, così l' A. ebbe occasione di seguire il loro sviluppo psichico e trovò che fin da principio i fanciulli rimanevano in arretrato sia psichicamente che somaticamente; però progredivano quasi sempre tanto da non rappresentare l' idiozia nel suo grado più alto; la maggior parte di essi a 2 anni non poteva stare in piedi e nemmeno a sedere; la dentizione era sempre ritardata ed irregolare. Hanno poi i mongoloidi in comune con le altre forme dell' idiozia la anormale colorazione della pelle, che è marmorizzata, asciutta, ruvida: sono anch' essi piccoli di statura, le mani e i piedi sono goffi e grossolani.

Certo è poi che il mongolismo si deve considerare come un arresto di sviluppo, perchè in nessun caso si ebbero a notare fenomeni paretici o spastici.

In un caso la madre, oltre all' idiotino mongoloide aveva dato alla luce una bambina sana e normale.

La enfiagione mixedematosa della pelle che caratterizza il cretinismo sporadico, manca nella idiozia mongoloide.

Una differenza pure interessante noi la abbiamo dal lato della ossificazione che, straordinariamente ritardata nel cretino, è invece totale e precoce negli idioti mongoloidi ».

Abbiamo tradotto questa descrizione del Neumann perchè ci pare efficace ed abbastanza completa.

Il Kassowitz pure in questi ultimi tempi, al XIX Congresso della società Pediatrica in Carlsbad (1902), presentò una memoria ove trattò del mixedema infantile, del mongolismo, e della micromelia. I casi di mongolismo da lui studiati furono 75

Anche il *Thiemich Martin* ha pubblicato il reperto d' autopsia di un caso di mongolismo nel *Monaschrift f. Kinderheilkunde* Giugno 1903. E trovò i seguenti dati: grossezza della tiroide normale; all'esame istologico quasi completa assenza di sostanza colloide. Il cervello presentava delle circonvoluzioni alquanto grossolane, e un aspetto atipico della regione dell'opercolo e dell' insula.

Tra i Francesi l' unico quasi che si occupò dell' idiozia mongolica e che ne fece oggetto di ricerche e di studî varî è il Bourneville.

Digitized by Google

Sul mongolismo presentò una comunicazione al XIII congresso degli alienisti e neuropatologi di Francia e dei paesi di lingua francese. Di essa è dato un larghissimo cenno nei *Comptes Rendus* pubblicati dal ségretario generale del Congresso stesso, il Crocq.

E noi di là traduciamo:

« M. Bourneville - (de Paris) - L'idiozia mongoloide, descritta prima da Langdon-Down, Ireland, Fletcher Beach, e Schuttle-worth, è caratterizzata particolarmente dalla *fisonomia mongoloide* o *Kalmouk* degli ammalati e per un *arresto di sviluppo fisico* complicato all'*arresto delle facoltà intellettive* (idiozia o cretinismo).

Sembra che tale forma sia frequente in Inghilterra e negli Stati Uniti, ma si trova in tutti i paesi di razza caucasica. Eccone i tratti caratteristici:

La testa piccola tondeggiante; fontanelle chiuse regolarmente; sopraccigli e palpebre obliqui. Rima palpebrale elittica, tagliata a mandorla. Palpebre come stirate, presentanti talora *epicanthus*. Lo strabismo è molto frequente. Non vi ha nè blefarite cronica, nè gonfiore delle palpebre, mentre questo si trova di regola nei fanciulli mixedematosi. Il naso è corto, leggermente aquilino. La bocca piuttosto piccola, con il labbro inferiore prominente, è semi-aperta e lascia intravedere la lingua grossa, e quasi sempre con la superficie pieghettata e tratteggiata (*lingua mongoloide*). La dentizione è tardiva, la volta palatina ogivale. Le guance ed il mento hanno un colore rosso.

Su 9 malati, 1 solo aveva delle vegetazioni adenoidi, 5 le amigdale un pò ingrossate, 2 erano normali. Le orecchie sono assai piccole, piantate basse, un pò rovesciate in avanti, a bordi sottili e delicati. Il lobulo assai più piccolo della norma è piuttosto triangolare e saldato (*orecchie mongoloidi*).

La persona è tozza e tondeggiante. I malati hanno un aspetto senile; la loro fisonomia ricorda quella dei Mongoli.

Il torace è un pò sottile; il ventre grosso senza ernie. Le membra normali; i piedi corti e larghi, la *main idiote*, con soventi il mignolo mal formato.

La voce è falsa ed acuta. Gli organi genitali e la pubertà subiscono il loro regolare svolgimento.

Tutti gli idioti mongoloidi sono linfatici, ed hanno un arresto di sviluppo nella statura: 7, 10, 28, 32 cm. sotto la statura media dell'età che hanno.

Hanno la predilezione per sedere *en tailleur*, amano la musica, ritengono i motivi, etc. La loro temperatura è presocchè normale, mentre è abbassata nei mixedematosi.

Digitized by Google

Muoiono per solito per affezioni polmonari, in specie per tubercolosi.

In cinque autopsie si trovò: ghiandola tiroide normale, persistente il timo, semplicità delle circonvoluzioni le quali non presentano che poche pieghe di passaggio.

Il Bourneville, oltre a questa comunicazione che noi abbiamo dato quasi per extenso, si è già occupato e da solo e con l'Oberthur ed il Philippe sull'idiozia mongoloide; sia nel « *Compte rendu de Bicêtre* » come nel « *Traitè de Medicine* » di Bronardel.

Tra gli Italiani, nessuno fino ad ora pubblicò ricerche, studi o casi clinici sulla idiozia mongoloide.

Il caso da noi studiato è il seguente: R. Arturo (cartella Clinica Num. 3899) di Giuseppe di anni 8, da Campetto di Argenta (Ferrara) ricoverato in Manicomio il 16 Luglio 1904.

Anamnesi — L'ammalato non ha alcuna tara neuro-psicopatologica ereditaria: i genitori sono tuttora viventi, sani e robusti; i fratelli, l'uno in età di 25, l'altro di 23 anni; le sorelle, l'una di 20, l'altra di 11 anni, sono perfettamente normali.

Di precedenti morbosi personali, anche dalle notizie dettagliate favoriteci dal medico condotto del paese, vi è ben poco; non ebbe mai ad ammalare, tranne che per i comuni esautemi dell'infanzia - Non fu mai convulsionario. Osserva poi il dottore ricordato più sopra, che fino dai primi giorni di vita si potè conoscere che l'R. era un individuo anormale; ed afferma di non avere trovato nelle indagini che egli fece, minuziose e pazienti, un elemento che gli giustificasse in alcun modo le condizioni psichiche e somatiche del bambino - Ebbe la prima dentizione solo verso i due anni - Non camminò che a due anni e mezzo.

Fu sempre il R. Arturo, dice il nostro informatore, di costituzione gracile e le condizioni sue psichiche rimasero, senza un progresso sensibile, quelle ben note dell'idiota.

Invero anche ora, il linguaggio del R. si compone di due sole parole *pa.... pà - ta.... tà*, ma ad esse poi non dà significato alcuno. Quando desidera il cibo emette un suono inarticolato. Manifesta la sua gioia, ridendo rumorosamente e battendo le mani. Non piange mai. E' sudicio, pronto all'offesa; e in reparto, ove si trova con bambini tutti più grandi di lui, si difende con schiaffi ed urti. Non ha il senso della paura; durante l'esame clinico ed antropometrico non parve per nulla impressionato delle manovre cui era sottoposto.

Non si masturba, e sembra che gli stimoli sessuali non sieno ancora destati in lui. Dimostrò sempre, anche nei primi anni di vita, una spiccata passione per la musica. Il padre suo è suonatore di tromba: egli imparò ad imitarlo in qualche modo; e molto spesso fa con la bocca dei piccoli solfeggi e si accompagna nel suono mettendo le dita vicino alle labbra e movendole come se toccasse dei tasti, ed intanto dondola a tempo la testa ed il tronco.

Digitized by Google

Passa molta parte della giornata in letto; quivi però giuoca e salta e non sta sotto le coltri che a sera quando vuol dormire. Qualche ora del giorno viene vestito ed allora cammina: con un passo goffo e strisciato buttandosi avanti con la testa, o movendo le braccia di continuo come per mantenere l' equilibrio.

Mangia da solo, con voracità; cosa che gli provoca spesso degli imbarazzi gastrici. Emette feci ed orine sul letto, e non fu possibile educarlo diversamente.

In vero la sua educabilità durante tutto il periodo in cui l' ebbimo in osservazione ci parve addirittura quasi nulla.

Prima di esporre l' esame obbiettivo ci sembra opportuno un appunto: l' egregio collega che fornì all' Istituto nostro le notizie sull'ammalato scrisse: *costituzione gracile*: noi crediamo che l' aggettivo gracile voglia qui significare solo la scarsezza dello sviluppo in rapporto al crescere dell' età, poichè, tranne le note evidenti dell' infantilismo, nel piccolo Arturo non vi sono altri caratteri di deficienza organica.

Il nostro soggetto è, come vedremo dai dati antropometrici, bene proporzionato e simmetrico.

Ed è a questo riguardo significativo il fatto ch'egli, durante l' infanzia, nella quale sono tante le cause morbigene, non ammalò mai.

ESAME OBBIETTIVO

Dati antropometrici

Statura	M. 0,95
Peso del corpo . . .	Kg. 18,—
Indice ponderale . . .	» 19,52

Cranio

Circonf. orizzontale del capo	mm. 455
» » del cranio	» 420
Semi-circonferenza anteriore	» 240
» » posteriore	» 215
Curva antero-posteriore .	» 260
» bi-auricolare . .	» 260
Somma delle 3 curve princ.	» 965
Diametro antero-posteriore	» 140
» biparietale massimo	» 140
» obliquo destro .	» 140
» » sinistro	» 145
» frontale massimo	» 100
» » minimo	» 70
Altezza della fronte . .	» 30
Indice cefalico . .	» 100

Faccia

Alt. della faccia dalla glab.	mm. 80
Diametro bi-zigomatico .	» 100
» bi-mandibolare	» 80
Distanza mento-auricolare des.	» 90
» » » sinis.	» 85
Angolo facciale (I a c q u a r t)	» 85

Tronco ed arti

Grande apertura . .	mm. 950
Diametro bis-acromiale .	» 210
Lunghezza dell' omero .	mm. 180
» dell' avambraccio	» 130
» della mano .	» 100
» del primo dito	» 40
» » secondo »	» 55
» » terzo »	» 65
» » quarto »	» 50
» » quinto »	» 35
Circonferenza toracica .	» 600
Altezza dello sterno . .	» 90

Digitized by Google

Altezza dell' addome . .	mm.	250	
Distanza xifo-ombelicale	»	130	
» ombelico-pubica	»	120	
Diametro bis-iliaco . .	»	180	
» bi-trocanterico .	»	170	
» sacro-pubico .	»	130	
Lunghezza dell' arto inferiore dal trocantere al malleolo	»	395	
Lunghezza della coscia .	»	185	
» » gamba .	»	210	
Lunghezza del piede . .	mm.	150	
Circ. mass. del braccio a d.a	»	160	
Circ. mass. del braccio a s.a	»	155	
» » dell' avamb. a d.a	»	165	
» » dell' avamb. a s.a	»	160	
» » della coscia a d.a	»	305	
» » della coscia a s.a	»	295	
» » della gamba a d.a	»	206	
» » della gamba a s.a	»	200	

CARATTERI GENERALI

Bambino di costituzione scheletrica regolare, non ha traccia di pregressa rachitide; lo stato di nutrizione generale è buono; il pannicolo adiposo sufficientemente abbondante e bene distribuito; masse muscolari bene sviluppate e contrattili. La cute è di colorito roseo, più carico alle guance ed al mento. Sul tronco e su gli arti, per abbondevole sviluppo della rete venosa sottocutanea, presenta un aspetto marmorizzato.

Le mucose visibili sono rosee.

Il sistema pilifero è scarsamente sviluppato; i capelli di colore castano-chiaro, lisci, fini, sono scarsi specialmente sulla volta cranica. La fronte è ricoperta di una fina lanuggine bene visibile a luce incidente.

Il sistema ghiandolare non è palpabile.

Cranioscopia — Il cranio è oxicefalo, tondeggiante con leggera plagiocefalia fronto-parietale destra. Microcefalico. La circonferenza orizzontale è assai minore della normale; infatti noi abbiamo mm. 455 che, secondo il sistema Venturi, verrebbero ridotti a 420. Il dott. D'Ormea in ricerche fatte in 200 bambini agli asili di Ferrara ha trovato come *minimum*

Digitized by Google

tra i 4 e i 5 anni di età 470 mm., tra i 5-6 anni 472 mm. di circonferenza orizzontale.

Il nostro soggetto ad 8 anni è inferiore di parecchio alle cifre sopra citate; e può con ragione venire inscritto tra i microcefali, tanto più se si pensa che, conforme dice il D'Ormea nel lavoro sopra ricordato, il Barlow descrisse come microcefala una bambina che a 3 anni aveva 430 mm. di circonferenza orizzontale cranica, l'Ackermann un maschio che a 2 anni misurava 420 mm., Bourneville ed Oberthur una bimba che a 2 anni misurava 420 mm.

Le suture craniche sono non solo perfettamente saldate, ma già non più avvertibili alla palpazione.

L'occipite è piatto e scende in un piano parallelo alla faccia

Le bozze frontali sono bene evidenti: la fronte è alta, solcata di rughe trasverse.

Faccia — La faccia è piatta. Gli occhi sono assai piccoli, tagliati a mandorla, con l'angolo esterno assai più alto che l'interno, con le sopraciglia rade, distanziate l'una dall'altra, come pure sono distanti tra loro gli occhi.

Le palpebre presentano numerose pieghe trasverse.

Le iridi sono di colore castano-chiaro.

Vi è un evidentissimo strabismo funzionale, convergente e concomitante.

Vi è pure un leggero grado di epicanto più sensibile in certi atteggiamenti e che rende ancora più evidente l'espressione mongoloide del viso.

Il naso è tozzo, schiacciato, camuso, ha la base larga (naso *Kalmouck*).

La bocca è piccola; le labbra regolari, un poco sporgente l'inferiore: per consueto il nostro soggetto tiene la bocca semi-aperta, cosi da lasciare intravedere la lingua.

La dentatura è irregolare: gli incisivi inferiori sono seghettati al margine libero.

Il palato è spiccatamente ogivale ed a cupola.

La lingua è grossa, solcata in vario senso, con papille fungiformi ipertrofiche, quasi rugosa.

L'orecchio è piccolo, con la parte superiore del padiglione piegata in fuori ed in basso; finemente orlato; non vi è traccia del tubercolo di Darwin; il lobulo è piccolo, triangolare aderente. Nessun'altra anomalia.

Digitized by Google

Collo — Il collo è ben formato; i muscoli bene sviluppati: non si percepisce all'esame più accurato alcun ingrossamento della tiroide. Non si può stabilire se il timo sia persistente.

Torace — Il torace è bene conformato; gli spazi intercostali ampii, la muscolatura evidente. Le inspirazioni e le espirazioni normali.

Polmoni — Nulla di notevole all' ispezione, alla palpazione, alla percussione e all' ascoltazione.

Cuore — Nei limiti normali: toni netti su tutti i focolai: leggero grado di tachicardia (100-110).

Ictus — Non visibile ma palpabile al 5° spazio in posizione normale.

Addome — Non vi sono ernie.

Notevolmente sviluppato: proporzionate tra loro la regione xifo-ombelicale e la ombelico-pubica.

Fegato — Nulla di notevole.
Stomaco — id. id.
Milza — id. id.

Alla percussione si nota un certo grado di meteorismo quasi costante.

Organi genitali — Il pene è piccolo; bene avvertibili però i corpi cavernosi; il meato uretrale è nella giusta posizione. Il prepuzio è notevolmente sviluppato e copre interamente il glande, e lo sopravanza per più di un centimetro.

Lo scroto è normale. Il testicolo sinistro si palpa regolarmente conformato, della grossezza d' una nocciuola, entro il sacco scrotale. Il destro non si percepisce. E non lo si avverte neanche spingendo il dito nel canale inguinale.

Arti superiori — Gli arti superiori sono bene sviluppati; sembra che vi sia destrismo. Infatti vediamo anche nelle misure antropometriche, circonferenza massima del braccio a d. mm. 160, a s. 155. Circonferenza massima dell' avambraccio a d. mm. 165, a s. mm. 160.

La mano è tozza; corta e grossa. Sono assai piccoli il pollice ed il mignolo d' ambo i lati.

Arti inferiori — Gli arti inferiori appariscono, in proporzione all' intero organismo, per nutrizione e per sviluppo, normali.

I piedi sono grandi e tozzi; notevole lo sviluppo della regione tarsea e meta-tarsea.

Digitized by Google

SISTEMA NERVOSO

Sensibilità — Le sensibilità tattile, termica e dolorifica sono bene conservate.

Per verificare se la sensazione dolorosa era percepita, noi ci siamo basati sul fatto, che appena si pungeva con l'ago il malato, questo si scostava bruscamente, grattava il punto leso, e faceva con il viso una smorfia di disgusto. Non potè essere buon criterio direttivo il pianto, perchè, come abbiamo rilevato nella anamnesi, il nostro soggetto non piange mai.

Sensi specifici — Il *visus* appare normale in ambedue gli occhi. L'udito pure normale per entrambi gli orecchi. L'olfatto sembra un pò ottuso e forse pervertito. Infatti il bambino non ha alcun orrore del sudiciume e si sporca del suo stesso sterco, e non fa alcun gesto d'impazienza perchè gli infermieri lo puliscano.

Il *gusto* sembra normale: appetisce il dolce e lo zucchero.

Tutte queste prove non poterono essere fatte, date le condizioni mentali del soggetto, che in modo alquanto approssimativo.

Riflessi — I riflessi pupillari ai 3 stimoli, sono pronti ed evidenti.

Le pupille regolari, simmetriche, rotonde.

Dei riflessi mucosi e cutanei: il congiuntivale ed il faringeo sono assai deboli. L'addominale normale. Scarso il plantare.

I muscolari: sia i pettorali, come il cremasterico, come il deltoideo sono evidenti e pronti.

Il riflesso di Babinsky manca.

Motilità — I movimenti attivi e passivi sono tutti possibili. Però i movimenti degli arti superiori presentano una certa rilassatezza, che fa credere, per quanto non sia, che le articolazioni sieno un pò lasse, come allentate.

Presentano pure tale fenomeno gli arti inferiori, nei quali pure i movimenti attivi e passivi sono tutti possibili.

E ne deriva da ciò una andatura assai caratteristica, con il corpo spostato in avanti, la testa inchinata in basso, il passo strisciato e barcollante.

ESAME PSICHICO

La psicologia del nostro soggetto è quella classica dell'idiota.

Il linguaggio suo non è dotato che di due parole, pa - - pà, ta - - tà, alle quali però non è attribuito un valore determinato. Egli le ripete ogni tanto, senza scopo.

I poteri affettivi sono addirittura nulli; egli riconosce i suoi compagni e gli infermieri; ma ciò non toglie che, se un individuo estraneo lo conduce via dalla sala, dove è di solito, e dalle persone con le quali dovrebbe avere una certa consuetudine, non se ne impressiona affatto, per quanto preferisca il soggiorno nella stanza ove dimora abitualmente; infatti appena lo esami-

Digitized by Google

nammo, e lo si ricondusse alla sezione, egli, riconosciuta la porta d'onde era uscito, ci scappò di mano e s' affrettò quanto potè per raggiungerla ; e poi si volse a vedere se la aprivamo.

La sua gioia la manifesta ridendo! e ride e batte le mani quando vede apparecchiare la tavola per il mangiare, e quando lo portano sul suo seggiolone. Mangia da solo.

L' unico svago a cui si dedica durante la giornata è il suonare la trombetta con le mani nel modo che abbiamo descritto.

Manifesta gran piacere quando uno nella stanza, canta o fischia, o solfeggia ; e i suoi poteri imitativi sono a questo riguardo veramente notevoli. Ha spiccato l' istinto di conservazione ; e sa cautelarsi dal cadere o dal mettersi in luoghi che gli sembrino pericolosi. Non ha però il senso della paura così spiccato come è negli altri bambini ; e negli stessi idioti che gli sono compagni. È pronto all'offesa e sa tirare schiaffi e dare urti.

Come dicemmo nella anamnesi, la sua educabilità, tranne per quanto riguarda la imitazione musicale, nel lungo periodo di tempo in cui lo avemmo in osservazione, ci è sembrata presso che nulla.

ESAME DELLE URINE

Non fu possibile calcolare la quantità delle urine emesse nella giornata, poichè egli le disperde un pò dappertutto - e ci dovemmo accontentare della ricerca qualitativa che ci diede i seguenti risultati :

Colore : giallo-citrino limpido. — *Reazione* : manifestamente acida. — *Albumina* : assente. — *Glucosio* : assente. — *Pigmenti biliari* : assenti. — *Indaco* : assente. — Non si poterono fare altre ricerche data la scarsezza della urina raccolta.

Dal caso, come fu esposto, risulta chiaro, a noi sembra, che il nostro soggetto è un *idiota mongoloide.*

Se noi infatti ricordiamo le descrizioni che di tale forma dànno gli autori, noi vediamo che egli riunisce in sè i varii caratteri da essi enumerati.

Non vi è nel nostro soggetto alcuna ereditarietà ; non vi sono precedenti morbosi personali ; dice il Neumann, nel lavoro da noi citato, queste testuali parole : « non si può parlare (a proposito di idioti mongoloidi) nè di ereditarietà, nè di etiologia ». E ancora : « in nessun caso, si ebbero a notare fenomeni paretici o spastici, si tratta evidentemente di un arresto di sviluppo ».

Di più fin dai primissimi momenti si potè capire, che il R. Arturo, era un essere anormale ; e il Neumann osserva : « fin dai primi momenti della vita si rilevano nei mongoloidi i caratteri della loro anormalità ». Il Neumann ricorda un caso in cui la madre oltre ad un mongoloide aveva dato alla luce una bambina sana e normale. Il sog-

Digitized by Google

getto nostro è a questo riguardo più interessante; egli ha quattro fratelli perfettamente sviluppati e normali.

Per quanto riguarda poi i caratteri somatici, il nostro R. Arturo li presenta tutti: statura bassa (cm. 96); cranio piccolo e tondeggiante; faccia piatta; occhi a mandorla, piccoli; epicanto (Bourneville); palpebre solcate da righe trasverse (*paupières bridés* — Bourneville); occhi distanti (Kellog); strabismo concomitante e convergente (Muir); naso camuso: labbro inferiore sporgente (Bourneville); palato ogivale ed a cupola; denti irregolari; lingua grossa, striata (*langue mongolienne* — Bourneville); orecchi finamente orlati con la parte superiore del padiglione curvato in basso, il lobulo piccolo, triangolare, aderente (*oreille mongolienne* — Bourneville); guance e mento lievemente arrossati rispetto al colore del volto (Bourneville).

Nelle mani non vi sono male formazioni, come talvolta furono riscontrate; però il pollice ed il mignolo sono considerevolmente più piccoli delle altre dita, e la mano nel complesso è corta e tozza.

E così descrivono tutti gli autori la mano mongoloide.

Anche i piedi grossi, grandi e grossolani rispondono al tipo. Non abbiamo trovato alcun vizio congenito al cuore; questo forse spiega come il nostro idiotino abbia potuto vivere fino agli 8 anni e sia tuttora sano, mentre molti dei mongoloidi, nei quali è frequente il vizio cardiaco congenito, muoiono tra i 5 ed i 6 anni.

Psichicamente noi lo abbiamo definito un idiota; ora afferma il Muir che nel mongolismo le alterazioni mentali ascendono da gradi leggeri di imbecillità fino alle forme più gravi dell'idiozia.

Però in un lato il nostro soggetto sembra suscettibile di un certo sviluppo: nel lato della imitazione e del godimento musicale. E ancora questo ci è di conforto alla diagnosi, poichè disse il Bourneville nella sua comunicazione all'ultimo congresso psichiatrico di Francia: « amano la musica, e ne fanno oggetto delle loro facoltà imitative ».

***

Gli idioti mongoloidi appartengono senza dubbio alla grande classe delle idiozie congenite: tutti i casi studiati concordano in questo. Noi vediamo infatti che uno dei caratteri peculiari del mongolismo, è la mancanza in quasi tutti i malati, di ogni fenomeno che possa far pensare a lesioni cerebrali pregresse. E v'ha di più: che l'idiota mongoloide rappresenti un classico tipo di arresto di sviluppo, ci è detto dalle rare autopsie pubblicate. È in esse infatti costante il reperto della semplicità delle circonvoluzioni e della scarsezza delle pieghe di passaggio.

Digitized by Google

Per cui tali idioti andrebbero, secondo il magistrale lavoro del Pellizzi, a far parte della categoria delle idiozie da cause endogene; ed entrerebbero nel gruppo delle idiozie da *agenesie*.

Ma tra i varii elementi che compongono la grande classe della idiozia da causa endogena, i mongoloidi, presentano un dato importantissimo che li differenzia dagli altri: ed è la mancanza quasi assoluta di ereditarietà patologica, che noi vedemmo così autorevolmente confermata dal Neumann. Rappresentano dunque i mongoloidi tra gli idioti congeniti, dal punto di vista etiologico, una notevole incognita.

Poichè durante l'esposizione del nostro caso clinico ci siamo giovati spesso del Neumann ed abbiamo attinto da lui notizie interessanti, prima di chiudere ci permettiamo di rivolgergli una osservazione.

Dice il Neumann, che i mongoloidi, mentre appariscono come individui isolati nella loro famiglia, hanno poi tra loro tali somiglianze morfologiche da sembrare essi i componenti di una famiglia sola. Però, egli continua, anche gli autori inglesi, con la parola mongolismo non vogliono significare altro che una accidentale somiglianza con un tipo etnico diverso dal caucasico.

Ora non ci pare giusto negare ogni importanza nel mongolismo al tipo mongoloide: anzi a noi pare che questa curiosa somiglianza degli idioti mongoloidi tra loro, e con il tipo mongolo, non debba essere dichiarata accidentale e di nessuna importanza, per il solo fatto che noi non ce la sappiamo spiegare. E non è un problema indifferente, se è vero quanto afferma il Kellog, che la idiozia mongoloide rappresenta il 10 °/₀ delle idiozie congenite.

Lo Schuttle-Worth esprime il pensiero che il mongoloidismo risponda ad un determinato periodo dello sviluppo fetale: è una pura ipotesi a cui però darebbe forza il fatto della costanza nelle caratteristiche del tipo mongoloide.

Ad ogni modo anche l'autore inglese non concorda con quanto più sopra vedemmo asserito dal Neumann.

Digitized by Google

BIBLIOGRAFIA

Th. Kellog — Text-Book of Mental Diseases — A. Churchill London 1897.

W. Winston Hall — A case of mongolism — (*Pediatrics* 1901, XI, N. 12).

H. Neumann — Ueber den mongoloiden Typus der Idiotie — (Demonstrationen in der Berliner Medicin. Gesellschaft vom Januar und 1 Februar 1899).

Kassowitz — Infantiles Myxödem, Mongolismus und Micromelie — (Dalle recensioni del *Neurologische Centralblatt* (1903, p. 228) e dagli *Schmidt's Jahrbücher* (1903, p. 220).

Bournewille — De l'Idiotie mongolienne — Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue Française — Séance de Sections — Section B — Lundi 3 août — (Comptes rendus di Croq).

Bourneville — L' Idiotie mongolienne — (Traitè de médicine Brouardel et Gilbert Tom. I, p. 58).

Bourneville — Id. Id. (Comptes rendus de Bicêtre de 1901 p. 136 et suiv avec examen histologique de Philippe et Oberthur).

Garrod — Maladie cardiaque congénitale avec Idiotie avec type facial mongol. — (Societé Clinique de Londre — 27 Avril 1898).

Schuttle-Worth — Comunicazione sull' anatomia patologica dell' Idiozia. XII Congresso di Medicina Internazionale — Parigi — recens. degli *Archives de Neurologie* — 1900, p. 306-7).

Barlow — A case of microcephalus in wich the operation of linear cranio-tomy (craniectomy) performed — (*Glasgow Medical Journal* 1893 p. 401) rec. (*Revue Neurologique* 1894 p. 27).

Ackermann — Redogörelse för et fall of Kraniotomie för microcephali sömte nägro amnärkuingar om Lannelongues operation (*Nordisk Medicinsk Arkiv 1893 N. 25*) recensione — (*Revue Neurologique* 1894 p. 540).

D'Ormea — Un idiota microcefalo — (Bologna Zamorani 1901).

Pellizzi — Studii clinici ed anatomo-patologici sull' idiozia — (*Annali di Freniatria*, 1901, T. II. p. 198 e seg.).

Digitized by Google

Per l' autonomia dei medici di sezione o primari dei manicomi

MATERIALISMO STORICO

PEL

DOTT. PROF. R. LAMBRANZI

Probabilmente mentre queste righe vedono la luce un mio articoletto — volto in linea principale a rettificare qualche inesattezza e a colmare qualche vuoto palesatisi nel laconico resoconto della seduta della Società Freniatrica tenuta in Milano l' 11 Aprile di quest' anno — già è comparso in modestissimo opuscolo (1) a trattare alcuna parte del soggetto attuale; e appunto quella parte formale ed etica onde deriverebbero — secondo il mio giudizio — alcune conseguenze di quella *autonomia relativa* dei medici che fosse stabilita dal Regolamento della legge sui Manicomi: *la definizione dell' autorità sanitaria dei dirigenti entro i suoi limiti veri e naturali; il riconoscimento della dignità professionale dei medici manicomiali preposti ad una sezione dell' istituto; l' attuazione dell' assistenza e cura individuale secondo il dettato della scienza e per il vantaggio degli infermi.*

Ricordo che avendo avuto occasione di scrivere o parlare in addietro di siffatte teoriche qualche confutazione amichevole m' avvertì — o parmi volesse avvertire — ch' io esponeva le condizioni dei medici di manicomio un po' da le nuvole e che sommergeva una questione di sostanza in una vasta e forse superflua questione di forma.

Potrei dire che in certi argomenti la forma è tutta la vita. Che una statua sia di legno o di marmo pario, di bronzo o d' oro zecchino che importa? È nella forma sola la visione d' arte che la fa vivere e sopravvivere. Però potrei dire in vero che la dignità professionale sembra apparire ad alcuno non da meno d' una visione d' arte; ma non insisto, poichè il diritto formale e il significato etico della relativa autonomia dei medici nel lavoro sanitario portan seco alcuni diritti o ne-

(1) Per l' autonomia dei medici di sezione o primari dei manicomi. Una rettifica. Brescia, Apollonio, 1904. Il fascicolo IV della *Rivista di Freniatria* di quest' anno accoglie solo la rettifica pura e semplice.

Digitized by Google

cessità sostanziali, che pure si elevano ovunque un lavoro autonomo si compia.

Di questa parte sostanziale e positiva dirò rapidamente aggiungendo poche considerazioni ai cenni palesi con i quali ne diedi altrove notizia.

L' autonomia relativa dei medici di sezione o primarî inscritta nel Regolamento generale esprime subito alle amministrazioni soprastanti ai Manicomi nostri un fatto vero e — almeno per molte di esse — novo: che il maggior numero dei medici ha in questi istituti funzioni attive e non esecutive; una norma generale li indirizza, alcune regole tecniche e alcuni obblighi di legge li disciplinano e controllano, ma l'esercizio normale del loro ufficio essenziale — l' ufficio sanitario — è libero e responsabile. Sotto ed accanto ad un' autorità sintetica e ad una responsabilità generale stanno un' autorità parziale ed una responsabilità particolare; — non v' ha dubbio che questo linguaggio deva condurre gli amministratori a comprendere che il medico di manicomio costituisce una personalità professionale come il medico ospitaliero, come ogni altro medico cui s' affidi in cura un comparto d' infermi.

La prova di ciò si ha: da la logica modesta del buon senso comune; da la cognizione che suggeriscono quei manicomi d' Italia i quali hanno medici di sezione o primarî con funzione adeguata per regola al loro titolo e con compensi, se non adeguati alla loro funzione, certo migliori assai degli altri; da le condizioni necessariamente diverse che informano un contratto di lavoro a seconda che il lavoro sia stimato di diversa misura ed importanza.

Sono prove d' ineguale valore persuasivo, ma tuttavia permettono d' asseverare che quantunque non sien quasi mai spontaneamente inclini — e spesso per converso restìe ed ostili — le deputazioni provinciali a donar dovizie a quelli che sono addetti ai loro istituti di beneficenza pubblica, non potrebbero a meno di sentirsi costrette ad aumentare i compensi per chi ora gli si mostrasse loro fuoruscito da l'ombra de la passività, individuo fatto persona, funzione indistinta divenuta professione consapevole e riconosciuta.

Io credo che forse solo il consenso a l' autonomia relativa e la sua sanzione legale permettano razionalmente l' avanzare di quella proposta che, credendo d' interpretare il desiderio di molti, feci alla Società Freniatrica: « Gli stipendi dei medici di manicomio devono essere costituiti su le norme di quelli degli altri impiegati tecnici laureati addetti a l' amministrazione provinciale o d'opera pia (ove questa non abbia di tali categorie d' impiegati si devano computare gli stipendi dei medici su le norme di quelli degli impiegati laureati della locale amministrazione provinciale) da cui l' istituto dipende, tenendo conto in più delle

Digitized by Google

speciali condizioni d'orario e di qualità di lavoro, di ubicazione e di sacrificio d' ambiente ».

Fu in gran parte rievocando l' utile e nobile fatica della loro funzione individuale e collettiva che i professori delle scuole secondarie adunati in un recente congresso chiesero che i loro stipendi fossero elevati alla media degli altri impiegati laureati dello Stato.

Se contemplando e soffrendo il disagio economico della professione nostra — di che parlano note cifre e in che s' accordano tutti forse i giovani alienisti italiani — si dovesse fondare a pena su certe miserie la necessità di sollecitare il favore delle amministrazioni non si farebbe che stendere intorno la mano bramosa di carità invece di elevare la coscienza di un diritto, e sarebbe fors' anche stendere la mano ad un cieco. Infatti quali amministrazioni mai potrebbero stimare un debito l' aumento di stipendio a tutta quella congerie d' assistenti, d' aiuti, d' aggiunti; a tutta quella gente che per esse compare come una categoria di esecutori, di tirapiedi, di galoppini laureati? Come potrebbero — anche se *puta caso rarissimo* volonterose — capacitarsi di certe sproporzioni inaudite di stipendi vigenti in uno stesso istituto, quando la funzione di quei medici è da esse sconosciuta oppure è compresa come un'opera del tutto passiva e facilmente transitoria? Un'esigua minoranza — io penso — per concedere qualche cosa a la preveggenza o a la virtù di qualcuno.

La maggioranza crederebbe di mantenersi nella serenità di un'equa giustizia distributiva compensando quei medici non sempre meno dei suoi applicati, de' suoi assistenti ingegneri, de' suoi geometri e disegnatori; tutta bravissima gente — s' intende — ma che non ha conquistato a 25 anni con un titolo accademico l' abilitazione al lavoro, non ha fatto eguali spese e fatiche e sacrificî per raggiungerla ed ha potuto porsi nell' ingranaggio amministrativo in una età che lascia speranza di conseguire una decina d' anni prima che ai colleghi medici la pensione di riposo.

Ma se le amministrazioni fossero edotte che — all' infuori di casi speciali già da noi rilevati — i medici di manicomio sono professionisti che in un particolare campo di studio e di lavoro agiscono analogamente ed equivalgono ai loro impiegati tecnici laureati, ai loro segretarî ed ingegneri, non è possibile che nel combinare con i tecnici consulenti o col direttore futuro l'organizzazione interna d' un manicomio nascente non istabilissero su tale nozione le norme degli stipendi per i medici. Il fatto che talvolta su tale nozione, o talvolta superandola, s' inducono a stabilire lo speciale compenso del medico-direttore dovrebbe servirci di avvertimento e di garanzia.

Ma come e perchè le amministrazioni ignorano l'esistenza di una personalità professionale di molti medici di manicomio in molti mani-

Digitized by Google

comi nostri? Per la medesima ragione ond'essa è ignorata da l'ambiente esteriore all' istituto, dai parenti stessi degli infermi ricoverati. In questa disamina non si fa che girare in un circolo vizioso che conduce sempre a lo stesso punto di partenza e che dovrebbe farci ricordare tutto ciò che pone ostacolo a la consacrazione rappresentativa della autonomia relativa dei medici (1); e che dovrebbe indurci finalmente a riflettere che nel soggetto attuale la forma è gran parte di vita, poichè ha in sè stessa il vital nutrimento per cui la sostanza — la decorosa elevazione dei compensi all'opera sanitaria manicomiale — si impronta e si impone.

Ma un' altra conseguenza deriva da l' autonomia dei medici considerata appunto nel bene economico che adduce seco; ed è quella tranquilla e vigorosa energia che ogni onest' uomo sbarazzato da le difficoltà del bilancio famigliare può fornire a l' adempimento d' un' ardua funzione. Come l' autonomia dell'opera sanitaria implica l' attuazione dell' assistenza e cura individuale secondo il dettato della scienza e per il vantaggio degli infermi, così dispone ad un eguale indirizzo e ad una eguale finalità il massimo contributo dell' attività professionale.

È evidente; il medico di manicomio da l' indole della specialità, da l' ubicazione isolata degli istituti, dal vincolo degli orarî di lavoro e di permanenza è tenuto molto lontano da le clientele, da l'esercizio privato e proficuo dell' arte e suol trarre guadagno solo dal posto che occupa; quand'egli sia sospinto da necessità materiali o non si adatti allo sfruttamento quotidiano della sua opera mal compensata dovrà o ribellarsi alla segregazione e impiegare fuor dell' ambiente consueto buona parte delle sue forze morali, intellettuali e fisiche, o impiegare il maggior tempo possibile in quegli studî che gli possono promettere una via a la fuga e a la resurrezione o, sorridendo del proprio anonimo, lasciarsi colare a fondo. Nessuno potrebbe offenderlo con una censura, forse neppure sfiorarlo con una critica e frattanto non è possibile nascondere il danno che l' assistenza dell' infermo subisce. Non importa per ciò che il dovere rimanga inadempito, basta soltanto che sia adempito con anima stanca e con tiepido amore.

Tale determinismo nella espansione della operosità umana e nella qualità — oltre che nella quantità — della produzione è inteso da tutti: la classe operaia offre l'esempio più intelligibile; ma del resto coloro che vogliono i magistrati indipendenti e incorruttibili creano leggi che ne elevano la dignità e i compensi, il meno pagato dei giudici inglesi percepisce più di 35000 franchi annui; quelli che vogliono i clinici de-

(1) Per l' autonomia ecc., l. c.

Digitized by Google

dicati per completo allo studio e all' ammaestramento creano le Università della Germania ove i ricchi stipendi permettono di guardare sdegnosamente a la *réclame* rapace di molti colleghi d'oltralpe e di comporre volumi (pur essi ben pagati) i quali portano per il mondo le notizie di scienza che a molti mancò il tempo di raccogliere nella corsa disperata dietro il cliente.

Ogni altra dimostrazione ch' io volessi aggiungere per aumentare lo sforzo diffusivo de' miei convincimenti mi parrebbe superflua; mi sembra che ognuno cercando in sè stesso deva trovare la persuasione maturata a l'esame obbiettivo dei fatti sociali.

Raccogliendo però in una sintesi ultima quei concetti formali e materiali dell' autonomia relativa dei medici di sezione o primarî dei manicomi, dei quali ho detto altrove e qui, posso — confidando di esprimere veracemente il mio pensiero — terminare con la seguente dichiarazione:

« Il principio dell' autonomia non è inspirato a personale egoismo nè a personale antagonismo, non ha alcuna mira di scemare l' autorità ma solo di comporre in giusta armonia col vero l' ufficio tecnico-sanitario del direttore, anela ad un elevamento morale e materiale d' una classe medica della quale non è lieta la vita nè lieve il lavoro e la quale ha diritto il fine e lucida la coscienza degli ideali della propria funzione, poichè la *suprema lex* — lo studio e la salute degli infermi — è da tale principio intesa ne' suoi fondamenti positivi: *creare uno stato di cose ove — sotto vigili ordinamenti — si svolgano libere energie che sentano nell'atto del lavoro e nella responsabilità di ciò che compiono il loro stimolo naturale, spontaneo e duraturo, ove la dignità dell' ufficio e l'equità dei compensi e però il benessere morale e materiale assicurato nella vita volgano a l'amore del luogo e a l' interesse progressivo per l'opera* ».

È quasi un programma; certamente è un atto di fede e non importa se sia fede pagana. Solo tratta da la sua bara involontaria la personalità compressa del medico di manicomio potrà sollevarsi e avviarsi; e potrà trovare il suo naturale cammino d' ascesa in quel progetto che il Prof. E. Tanzi ha ora tracciato con brevi tocchi nelle ultime pagine del suo novissimo Trattato di Psichiatria: *la nazionalizzazione della carriera*; progetto che presuppone un riordinamento della forma e della gerarchia sanitaria manicomiale e deve — mi sembra — togliere di mezzo il triste fenomeno della *localizzazione della carriera*, da me con assai più rammarico che rancore constatato nello studio delle condizioni nostre.

Brescia, Novembre 1904.

Digitized by Google

Digitized by Google

MANICOMIO PROVINCIALE DI FERRARA

L' Isopral come ipnotico e sedativo nei malati di mente

DEI DOTTORI

R. TAMBRONI e F. MAGGIOTTO

L' isopral, le di cui proprietà farmacologiche sono state descritte da Impens (1), Muthmann (2) e Urstein (3), è un alcool tricloroisopropilico. È una sostanza bianca, cristallizzata in piccoli prismi, di odore assai simile a quello della canfora, di sapore aromatico e che a contatto della mucosa orale determina un bruciore relativamente intenso seguito rapidamente da un notevole grado di anestesia. È fusibile a 49°, alla temperatura ordinaria volatilizza assai facilmente; è solubile nell' alcool, nell' etere e nell' acqua nella proporzione del 3,3 0[0.

L' isopral, secondo i risultati ottenuti da Impens si assorbe facilmente sia per la via cutanea che sottocutanea e digerente. Somministrato per bocca passa rapidamente nel sangue e nella maggior parte delle esperienze su animali se ne potè dimostrare l' azione dai 3 ai 5 minuti dopo l' ingestione. La soluzione acquosa è assai bene tollerata dalle mucose gastrica e intestinale ed anche dopo l' uso prolungato di dosi non troppo elevate non provoca alcun disturbo. Si assorbe con facilità e rapidamente per le vie respiratorie, e negli animali, Impens (4) è riuscito a provocare il sonno facendo loro inalare l' aria di ambienti in cui era lasciato volatilizzare dell' isopral. Una massima parte dell' alcool tricloroisopropilico somministrato attraversa l' organismo senza decomporsi e si ritrova nell' orina principalmente allo stato di acido glicoronico combinato; l' eliminazione per la via polmonare è assai scarsa.

Sul valore dell' isopral come ipnotico e sedativo scrissero alcuni autori e noi ora riporteremo brevemente i risultati ottenuti nelle loro ricerche.

(1) Impens — *Therap. Monatsh.* sept. 1903.
(2) Muthmann — *Münch. med. Woch.* n. 32. 1904.
(3) Urstein — *Therap. Monatsh.* fasc. 9-10. 1903.
(4) Impens — loc. cit.

Digitized by Google

Urstein (1) usandolo alla dose di gr. 0,50 - 0,75 nei casi di insonnia semplice e di lieve eccitamento ottenne un sonno che per durata va dalle 6 alle 9 ore. Per avere lo stesso effetto nelle gravi eccitazioni dei maniaci e dei paralitici dovette aumentare la dose fino a gr. 1 - 1,5. L'azione ipnotica si rilevò nei primi casi da 1[4 a 1[2 ora dopo la somministrazione, nei secondi da 1 a 2 ore.

Quest'autore, anche dopo l'uso prolungato di alte dosi non ebbe in alcun caso a costatare segni di intolleranza o fatti spiacevoli secondarî. Egli lo ritiene un ottimo ipnotico, superiore a tutti gli altri finora conosciuti, degno di competere in efficacia col veronal.

Mendl (2), oltre che esperienze fatte con lo stesso sistema e seguite dallo stesso risultato ottenuto da Urstein, ha trovato utile l'isopral nelle insonnie dei morfinomani durante il periodo dell'astinenza. Anche il Mendl asserisce di non aver mai notato per parte dei malati intolleranza o alcun disturbo al momento del risveglio, e può escludere, in seguito ad esperimenti praticati quotidianamente per molto tempo, che l'isopral abbia potere cumulativo.

Ad identiche conclusioni giungono Ransohoff (3), Eschle (4), Raimann (5), e tutti questi ricercatori sono concordi nell'affermare che l'isopral, come del resto tutti gli altri ipnotici contenenti cloro, è da usarsi con prudenza nelle malattie dell'apparato circolatorio.

In Italia, per quanto sappiamo, sono state eseguite delle ricerche nella Clinica del Prof. Morselli, ma i risultati non ci sono noti (6).

Noi ci siamo serviti del preparato gentilmente fornito dalla casa Bayer e C.° di Elberfeld a questo Istituto, ed abbiamo divise le nostre osservazioni in due serie distinte, l'una di esperimenti notturni allo scopo di stabilire le proprietà ipnotiche e sedative, l'altra di esperimenti diurni volti a determinarne l'azione sulla temperatura, sul polso e sulla respirazione. La prima serie di ricerche abbiamo alla sua volta divisa in due gruppi, nel primo dei quali l'isopral è stato somministrato in soluzione acquosa alla dose progressiva di gr. 1, 1,50, 2, 2,50, nel secondo in tabloidi alla dose successivamente di gr. 0,75, 1, 1,50,

(1) Urstein — *Therapie der Gegenwart* N. 2. 1904.
(2) Mendl — *Prager Medic. Wochenschrift* N. 6. 1904.
(3) Ransohoff — *Psychiatr. Neurol. Wochenschrift* N. 48. 1904.
(4) Eschle — *Fortschritte der Medizin* N. 6 1904.
(5) Raimann — *Heilkunde* N. 5. 1904.
(6) Il Dott. Montagnini, in una sua nota pubblicata in questi giorni, (Klinische Beibachtungen über des neue Hypnoticum Isopral - *Allg. Med. Central - Zeitung* 1904 N. 35) scrive i risultati da lui ottenuti sperimentando l'isopral nel Manicomio di S. Clemente in Venezia. Le sue conclusioni non si discostano affatto da quelle degli altri ricercatori; aggiunge di aver avuto buoni successi anche nei casi di confusione epilettica e negli stati di eccitamento che ordinariamente precedono l'accesso convulsivo; in questi malati l'isopral ha agito da ottimo sedativo.

Digitized by Google

2. Le dosi massime (gr. 2, 2,50) sono state da noi adoperate soltanto in casi di gravissima eccitazione maniaca. Per le nostre esperienze abbiamo scelto infermi di ambo i sessi (con lieve predominanza delle donne perchè in queste l' insonnia e l' agitazione motoria erano più evidenti ed abituali), di varie età (dai 21 ai 63 anni) e affette da diverse forme morbose (demenza precoce, frenastenia, frenosi isterica, frenosi maniaco-depressiva, psicosi tossica, demenza senile, demenza paralitica).

Per le esperienze notturne abbiamo posto speciale cura nell' accertare lo stato d' insonnia dell' infermo durante il periodo dell' esperimento, sopprimendo alcune sere innanzi la somministrazione di ogni altro medicamento ipnotico o calmante allo scopo ancora di rendere più evidente l' azione del nuovo farmaco. Spesso abbiamo procurato di fare su uno stesso individuo più di una osservazione su di un' uguale dose di medicinale e quasi sempre abbiamo avuto campo di esperimentare in uno stesso infermo le varie dosi, mantenendosi esso in un ugual stato di insonnia o di eccitamento, riuscendo così ad accertare, come vedremo meglio poi, quale dose sia necessario raggiungere perchè all' azione ipnotica si aggiunga un manifesto potere sedativo. In quei casi poi in cui l' insonnia fosse scomparsa o divenuta meno evidente, abbiamo senz' altro sospesa la somministrazione dell' isopral. Nel determinare i risultati si è ancora tenuto calcolo dello stato di agitazione o di tranquillità dell' infermo nell'ora precedente l'assunzione dell'isopral, nonchè della maggiore o minore quiete che durante l' esperimento era nell' ambiente in cui l' infermo riposava.

Per le prove diurne, all' opposto di quelle notturne, abbiamo sempre presi ammalati tranquilli e pazienti alle ripetute ricerche che su loro dovevamo praticare per ottenere un maggiore affidamento sull' esattezza dei risultati. Gli infermi venivano riuniti in gruppi di quattro, sei per volta in una o due camere attigue, procurando di avere la maggior quiete possibile. I malati erano posti a letto e prima della somministrazione dell' ipnotico esaminavamo accuratamente la temperatura, la frequenza del polso e del respiro. e raccoglievamo i tracciati pneumo e sfigmografici. Tali ricerche venivano poi praticate dapprima ogni mezz' ora, in seguito ad ogni ora fino al momento in cui si poteva supporre scomparsa ogni azione dell' isopral.

Stabiliti così i criterî dalle esperienze, abbiamo potuto fare 24 osservazioni diurne e 104 notturne, esaminando complessivamente 45 infermi.

Nel primo gruppo di esperienze, come già abbiamo detto, la nostra attenzione fu rivolta in special modo a stabilire l' azione ipnotica e sedativa dell' isopral.

Digitized by Google

Riassumiamo gli esiti ottenuti:

Il sonno (tolti pochi casi in cui il malato accusò lieve grado di cefalea) non fu mai preceduto da alcun inconveniente spiacevole. Negli individui tranquilli o lievemente eccitati comparve nella prima mezz'ora dalla somministrazione, negli eccitati ritardò fino a un'ora e mezza dall'assunzione del medicinale. In questi però, sebbene non si ottenne così presto un sonno completo, si è sempre osservato a breve distanza dell'ingestione dell'ipnotico, (con una dose di gr. 1,50 ad oltre), il passaggio ad uno stato di relativa tranquillità.

La durata del sonno variò naturalmente con la dose e la media di ore di sonno ottenuta è riassunta nella tabella seguente:

	DOSI IN SOLUZIONE					DOSI IN TABLOIDI		
	0,75	1	1,50	2	2,50	1	1,50	2
Ore di sonno	5,25'	6,30'	6	5,45'	6,30'	6,45'	7,15'	7

Le dosi di gr. 2, e 2,50 furono usate nei casi di forte eccitamento maniaco e con buoni risultati avendo determinato circa 6 ore di sonno. Se noi facciamo un confronto tra le ore di sonno ottenute con l'isopral somministrato in soluzione e quelle date con l'isopral sottoforma di tabloidi, vediamo che i maggiori risultati si sono verificati in questo secondo caso tanto che con quattro tabloidi da gr. 0,50 si è sorpassato il risultato ottenuto con gr. 2,50 disciolti in eccipiente liquido; ciò secondo noi è dovuto al fatto della poca solubilità e della grande volatilità dell'isopral. Negli ammalati quindi che si prestino bene saranno sempre consigliabili i tabloidi tal quali li fornisce la Casa di quello che scioglierli, come si fa per lo più, in acqua di menta.

Un fatto degno di nota è poi quello che anche a questo come a tutti gli altri ipnotici si fa l'abitudine ed è necessario dopo alquanto tempo aumentare la dose per ottenere di nuovo un buon effetto. Il sonno prodotto è assai simile al naturale, tranquillo e leggero, il risveglio facile e sereno, e tolti pochi casi in cui si ebbe un po' di cefalea, in alcuno si notarono fatti secondari come vomito, nausea, torpore, sonnolenza ecc.

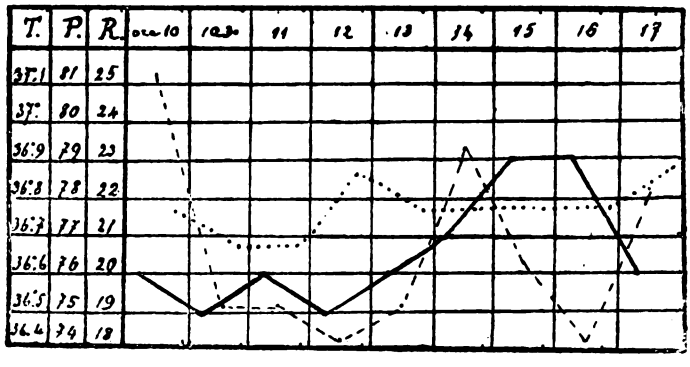
Digitized by Google

Per maggior comodità abbiamo raccolto le esperienze notturne nelle tabelle poste in fine del lavoro, di cui le prime otto danno i risultati di ogni singola osservazione, l'ultima invece le riassume tutte e rappresenta le ore di sonno ottenute nelle varie prove.

Dalle somministrazioni di isopral che abbiamo fatte di giorno alle dosi di gr. 1 e 1,50 si sono ottenuti i seguenti risultati:

Nella maggior parte dei malati *la temperatura* che nelle prime due ore ha subito una lieve diminuzione (tre o quattro decimi di grado), ha presentato poi un aumento di circa tre decimi di grado sulla temperatura verificata all'inizio dell'esperienza. Dopo sei ore dalla somministrazione la temperatura ritorna a discendere, per raggiungere la temperatura iniziale alla settima ora.

In pochi casi (7 su 24) si è avuta una temperatura costantemente inferiore alla normale (v. diagramma).

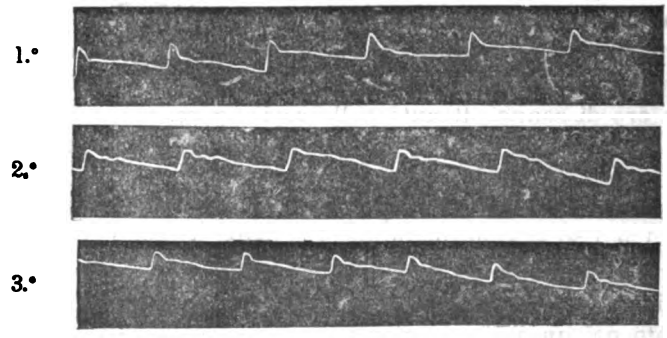


Risultati medi sull'andamento della temperatura e della frequenza del polso e del respiro.

N. B. — T = temperatura; P = frequenza del polso; R = frequenza del respiro. La linea intera indica la temperatura; la tratteggiata la frequenza del polso; la punteggiata la frequenza del respiro.

Il *polso* si è mantenuto (meno in una cardiopaziente nella quale comparvero aritmie) sempre perfettamente regolare e ritmico, e le variazioni che si ebbero a riscontrare in esso furono all'incirca quelle che si verificano nel sonno fisiologico. Noi troviamo infatti che le contrazioni si fanno più deboli, la sistole più breve, e l'angolo di passaggio sostituito a poco a poco dal solito *plateau*. Sono poi pochissimo accennate le oscillazioni dicrotiche (v. grafica I.ª).

Digitized by Google



GRAFICA I.ª
Polso nel sonno per isopral

1.° tracciato: prima della somministrazione di gr. 1,50 di isopral.
2.° » : 1 ora dopo la » » »
3.° » : 3 ore » » » »

Quanto alla frequenza abbiamo riscontrato quasi sempre una diminuzione oscillante dalle 9 alle 11 pulsazioni al minuto e che si manifestava già nella prima mezz' ora; in soli 4 casi abbiamo notato un aumento (v. diagramma).

Il *respiro* si può dire che riguardo alla frequenza non varia; una lieve diminuzione nelle prime due ore e poi ritorna normale (v. diagramma). Il ritmo non viene alterato, l' ampiezza che dopo due ore ancora si mantiene vicina al normale, alla quarta ora è assai diminuita e la respirazione si fa superficiale. Alla sesta ora si fa più profonda per ritornare normale alla settima. La pausa post-espiratoria che è abbastanza bene manifesta nelle prime tre ore di sonno, alla fine della quarta ora cessa del tutto e la grafica assume l' aspetto di una linea ondulata (v. grafica II.ª).

Nelle esperienze diurne non abbiamo quasi mai ottenuto il sonno ma solo uno stato di assopimento, e in quei pochi malati in cui si è osservato, era così leggero che con assai facilità si interrompeva quando ci si accostava per esaminarli.

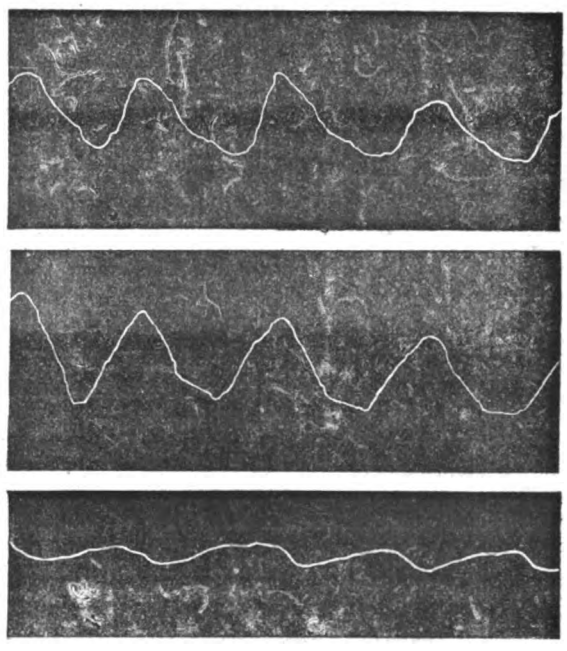
Concludendo:

1.° L' isopral è già un buon ipnotico alla dose di gr. 0,75 - 1 nei casi di insonnia semplice o di lievissimo eccitamento; nei casi di mediocre o grave agitazione bisogna aumentare la dose portandola in questi ultimi fino a gr. 2 - 2,50. A tali dosi l' isopral dà buoni effetti anche come sedativo nei casi di forte eccitamento maniaco.

2.° come per quasi tutti gli ipnotici, anche per l' isopral si stabilisce l' abitudine.

3.° L' isopral in individui a cuore sano non produce effetti spiacevoli sulle funzioni cardiaca e respiratoria. L' unica reale alterazione

Digitized by Google



GRAFICA II.ª
Respirazione nel sonno per isopral

1.° tracciato: prima della somministrazione di gr. 1,50 di isopral.
2.° » : 2 ore dopo la » » »
3.° » : 4 » » » »

la apporta alla respirazione, rendendola più superficiale di quello che avvenga nel sonno fisiologico.

Esso sembra eccitare i centri termogeni, e ciò starebbe ad indicarlo sostanza dotata di potere tossico, sebbene di questa sua tossicità non se ne osservi nessun' altra caratteristica.

4.° L'isopral, come del resto tutti gli altri ipnotici contenenti cloro, è controindicato nelle malattie del cuore e dei vasi Nei cardiopatici la pressione sanguigna viene notevolmente abbassata e si stabiliscono frequenti aritmie che non scompaiono se non dietro la somministrazione dei comuni riordinatori della funzione cardiaca.

Digitized by Google

TABELLA I.

Somministrazione di gr. 0,75 di Isopral in soluzione

INFERMI	Sesso	Età	MALATTIA	Stato attuale	Ore dopo la somministrazione										
					0,30'	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
G. Primo. . .	U	36	fren. man.-depres.	eccitamento	···	··	d	d	d	·	d	d	··	···	···	···
G. Nicolò . .	»	51	frenastenia . . .	clamoroso	···	··	d	d	d	d	d	d	d	··	···	···
N. Alfonso . .	»	27	psicosi tossica . .	»	··	d	d	d	d	d	··	···	···	···	···	···
G. Augusto. .	»	31	dem. paralitica .	lieve eccit.	··	d	d	·	d	d	··	··	··	··	··	··
B. Davide . .	»	43	fren. man.-depres.	eccitamento	d	d	d	·	d	d	d	··	··	··	··	··
A. Giosuè . .	»	41	dem. precoce . .	tranquillo	d	d	··	··	d	d	d	d	··	··	··	··
B. Eugenio. .	»	22	fren. man.-depres.	eccitamento	d	d	d	d	d	··	···	···	···	···	···	···
M. Erminia. .	D	27	psicosi tossica. .	clamorosa	d	d	d	d	d	d	d	··	··	···	···	···
V. Beatrice. .	»	63	dem. senile . . .	lieve eccit.	d	d	d	d	d	d	d	··	···	···	···	···
R Margherita.	»	38	dem. precoce . .	lieve eccit.	··	··	d	d	d	d	d	d	d	···	··	··
M. Maddalena.	»	31	fren. man.-depres.	eccitamento	d	··	d	d	d	d	d	··	··	··	···	···
C. Emma. . .	»	50	dem. precoce . .	lieve eccit.	d	d	··	d	d	··	d	··	··	··	··	··
L. Elisa . . .	»	29	fren. isterica . .	eccitamento	··	··	··	··	··	··	··	d	··	··	··	··
C. Beatrice . .	»	34	dem. precoce . .	clamorosa	···	d	d	d	d	··	d	··	··	··	··	··

Durata media del sonno: ore 5,25'

Segni convenzionali:
- d = dorme
- · = assopito
- ·· = sveglio tranquillo
- ··· = sveglio agitato

Digitized by Google

TABELLA II.

Somministrazione di grammi 1 di Isopral in soluzione.

INFERMI	Sesso	Età	MALATTIA	Stato attuale	Ore dopo la somministrazione											
					0,30'	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
G. Primo. . .	U	36	fren. man.-depres.	lieve eccit.	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	..	...
G. Nicolò . .	»	51	frenastenia . . .	clamoroso	..	d	d	.	d	d	d	d	d	d	..	..
G. Augusto. .	»	31	dem. paralitica .	tranquillo	..	d	d	d	.	d	d	d	d	..	..	..
B. Davide . .	»	43	fren. man.-depres.	lieve eccit.	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	..	..
M. Annibale .	»	33	dem. precoce . .	impulsivo	..	d	d	d	d	.	d	d	d	..	..	..
D. Gaetano . .	»	49	fren. man.-depres.	lieve eccit.	..	d	d	d	d	d	d	d	..	..	..	..
O. Teobaldo. .	»	21	fren. man.-depres	eccitamento	d	d	d	d	d	d	...	d	..	..	...	...
V. Beatrice . .	D	63	dem. senile . . .	lieve eccit.	d	d	d	d	d	..	..	..	...	..	..	..
R. Margherita.	»	38	dem. precoce . .	eccitamento	...	d	d	d	d	..	..	..	..	..	..	..
M. Maddalena .	»	31	fren. man.-depres.	eccitamento	..	d	..	..	d	d	..	d	..	..	..	..
C. Beatrice . .	»	40	dem. precoce . .	lieve eccit.	d	d	d	d	d	d	..	..	..	..	..	..
L. Elisa . . .	»	29	fren. isterica . .	grave eccit.	...	..	..	...	d	d	..	d	..	d	..	..
C. Emma . .	»	50	dem. precoce . .	eccitamento	d	d	d	d	d	d	d	d	..	..	...	...
C. Maria. . .	»	30	dem. precoce . .	eccitamento	..	d	d	..	...	d	..	..	...	...	...	...
M. Giulietta. .	»	48	fren. man.-depres.	eccitamento	d	d	d	d	d	d	d	..	d	d	..	..

durata media del sonno ore 6,30'

Digitized by Google

TABELLA III.

Somministrazione di gr. 1 di Isopral in tabloidi

INFERMI	Sesso	Età	MALATTIA	Stato attuale	Ore dopo la somministrazione											
					0,30'	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
G. Nicolò . .	U	51	frenastenia . . .	clamoroso	d	d	d	d	d	d	d	d	..	..	..	...
G. Augusto. .	»	31	dem. paralitica .	tranquillo	d	d	d	d	d	..	..	d	..	..	..	..
B. Davide . .	»	43	fren. man.-depres.	liev. eccit.	d	d	d	d	d	d	d	..	..	..	..	..
M. Annibale .	»	33	dem. precoce . .	tranquillo	..	d	d	d	d	d	d	d	d	..	..	..
D. Gaetano. .	»	49	fren. man. depres.	eccitamento	d	d	d	d	d	d	d	d	..	...	...	...
O. Teobaldo .	»	21	fren. man. depres.	lieve eccit.	d	d	d	d	d	d	d	d	..	..	..	...
G. Cesare . .	»	36	dem. precoce . .	tranq. imp.	d	d	d	d	d	d	d	d	..	..	..	..
V. Beatrice. .	D	63	dem. senile . . .	lieve eccit.	...	..	d	d	d	d	d	d	d	..	..	..
R. Margherita.	»	38	dem. precoce . .	clamorosa	d	d	d	...	..	d	d	..	..	..	...	...
M. Madalena .	»	31	fren. man. depres.	clamorosa	..	..	d	d	d	..	d	d	d	..	..	..
C. Beatrice . .	»	40	dem. precoce . .	lieve eccit.	...	d	d	d	d	...	...	...	...	...	...	...
C. Emma . .	»	50	dem. precoce . .	eccitamento	d	d	d	..	d	d	d	d	..	...	...	...
C. Maria . .	»	30	dem. precoce . .	clamorosa	..	d	d	d	d	..	d	d	d	..	..	..
M. Erminia. .	»	27	psicosi tossica . .	eccitamento	d	d	..	d	d	d	..	d	..	..	..	...

durata media del sonno ore 6,45'

Digitized by Google

TABELLA IV.

Somministrazione di grammi 1,50 di Isopral in soluzione

INFERMI	Sesso	Età	MALATTIA	Stato attuale	Ore dopo la somministrazione 0,30'	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
G. Primo	U	36	fren. man. dep.	eccitamento	d	d	d	d	d	d	d	..	...	...	...	...
G. Nicolò	»	51	frenastenia	clamoroso	.	d	d	d	..	d	d	d	d	..	..	..
B. Davide	»	43	fren man. depres.	lieve eccit.	d	..	d	d	d	d	d	..	..	..	..	..
M. Annibale	»	33	dem. precoce	tranq. imp.	d	d	d	d	..	..	d	d	..	..	..	..
D. Gaetano	»	49	fren. man. depres.	grave eccit.	d	...	...	.	...	...	...	d	...	...	...	...
O. Teobaldo	»	21	fren. man. depres.	eccitamento	d	d	d	d	d	d	d	d	..	..	...	...
G. Augusto	»	31	dem. paralitica	lieve eccit.	d	d	d	d	d	..	d	..	..	..	...	...
V. Beatrice	D	63	dem. senile	lieve eccit.	d	d	d	d	d	d	d	d	..	..	..	..
R. Margherita	»	38	dem. precoce	clamorosa	d	d	..	d	d	d	d	d	..	..	...	...
M. Madalena	»	31	fren man. depres.	tranquilla	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	..	..
C. Beatrice	»	40	dem. precoce	clamorosa	d	d	d	d	..	..	..	d	...	...	...	...
L. Elisa	»	29	fren. isterica	eccitamento	..	d	d	..	..	d	..	..	..	..	..	..
C. Maria	»	30	dem. precoce	lieve eccit.	d	d	d	..	d	d	d	d	d	..	..	..
M. Giulietta	»	48	fren. man. depres.	eccitamento	d	d	d	d	..	d	..	..	...	...	...	...
C. Emma	»	50	dem. precoce	lieve eccit.	d	d	d	d	d	d	..	..	..	..	...	...
M. Teresa	»	31	fren. man. depres.	grave eccit.	...	..	..	..	d	d	..	..	..	..	...	...

durata media del sonno: ore 6

Digitized by Google

TABELLA V.

Somministrazione di grammi 1,50 di Isopral in tabloidi

INFERMI	Sesso	Età	MALATTIA	Stato attuale	Ore dopo la somministrazione											
					0,30'	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
G. Primo	U	36	fren man. depres	lieve eccit.	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	..	..
G. Nicola	»	51	frenastenia	clamoroso	d	d	d	d	d	d	..	..	..	..	..	..
G. Augusto	»	31	dem. paralitica	clamoroso	d	d	d	.	d	d	..	d	..	..	..	..
B. Davide	»	43	fren. man.-depres.	tranquillo	d	d	d	d	..	d	d	d	.	..	..	..
M. Annibale	»	33	dem. precoce	lieve eccit	d	d	.	d	d	d	..	d	..	..	..	..
D. Gaetano	»	49	fren. man.-depres.	ecsitamento	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	..	..
O. Teobaldo	»	21	fren. man.-depres	eccitamento	.	d	d	d	..	d	d	..	..	..	..	..
B. Eugenio	»	22	fren. man.-depres.	lieve eccit	d	d	d	d	d	d	d	d	d	..	..	..
V. Beatrice	D	63	dem. senile	lieve eccit	d	d	d	d	d	d	d	d	..	..	..	..
R. Margherita	»	38	dem. precoce	clamorosa	..	d	d	d	d	d	d	d	..	..	..	..
M. Madalena	»	31	fren. man.-depres.	eccitamento	..	..	d	d	d	d	d	d	..	..	..	..
C. Beatrice	»	40	dem. precoce	clamorosa	d	d	d	d	d	.	d	d	d	d	..	..
C. Maria	»	30	dem. precoce	tranquilla	d	d	d	d	d	d	d	d	d	.	..	..
C. Emma	»	50	dem. precoce	lieve eccit	..	..	d	d	d	d	d	d	d	d	..	..
M. Erminia	»	27	psic. tossica	eccitamento	..	..	d	d	.	d	d	d	d	..	..	..
P. Maddalena	»	56	demenza	clamorosa	d	d	d	d	d	..	..	d	..	..	..	..

durata media del sonno ore 7,15'

Digitized by Google

TABELLA VI.

Somministrazione di gr. 2 di Isopral in soluzione

INFERMI	Sesso	Età	MALATTIA	Stato attuale	Ore dopo la somministrazione										
					0,30'	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
G. Primo . .	U	36	fren. man.- dep.	eccitamento	d	d	d	d	d	d	d	d	..	..	..	..
G. Nicolò . .	»	51	frenastenia . . .	clamoroso	d	d	d	d	d	d	d	d	..	..	..	..
M. Annibale ..	»	33	dem. precoce . .	tranquillo	d	d	d	d	d	d	d	d	d	..	..	..
D. Gaetano . .	»	49	fren. man.-depres	gr. eccitam.	d	d	d	d	d	d	d	..	..	..	..	..
B. Eugenio . .	»	22	fren. man.-depres.	gr. eccitam.	d	d	d	d	d	d	..	d	d	..	..	..
R. Margherita .	D	38	dem. precoce . .	clamorosa	d	d	d	d	d	..	d	d	d	..	..	..
M. Maddalena .	»	31	fren. man.-depres.	liev. eccit.	d	d	d	d	d	d	..	d	d	d	..	..
C. Beatrice . .	»	40	dem. precoce . .	clamorosa	d	d	d	d	d	d	d	d	..	..	..	..
L. Elisa . . .	»	29	fren. isterica . .	gr. eccitam.	..	d	d	d	..	..	..	..	..	..	..	..
C. Emma . . .	»	50	dem. precoce . .	liev. eccit.	d	d	d	d	d	d	d	d	d	..	..	..
M. Teresa . .	»	31	fren. man.-depres.	gr. eccitam.	d	d	..	d	..	d	d	..	..	..	..	..
M. Giulietta .	»	48	fren. man.-depres.	eccitamento	d	d	d	d	d	d	d	..	d	..	..	..
C. Maria . . .	»	30	dem. precoce . .	eccitamento	....	d	d	d	d	..	d	d	..	..	..	..

durata media del sonno ore 5.45'

Digitized by Google

TABELLA VII.

Somministrazione di gr. 2 di Isopral in tabloidi

INFERMI	Sesso	Età	MALATTIA	Stato attuale	Ore dopo la somministrazione											
					0,30'	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
M. Annibale .	U	33	dem. precoce . .	tranquillo	. .	d	d	d	d	d	d	d	d	. .	. .	. .
G. Nicolò . .	»	51	frenastenia . . .	eccitamento	d	d	d	d	d	d	d	d	. .	. .	. . .	. . .
D. Gaetano . .	»	49	fren. man.-depres.	gr. eccitam.	.	d	d	d	d	. .	. .	. . .	. . .	. . .	. .	. . .
R. Eugenio . .	»	22	fren. man.-depres.	gr. eccitam.	d	d	d	d	. . .	. .	d	. .	d	. .	. . .	. . .
R. Margherita.	D	38	dem. precoce . .	clamorosa	d	d	d	d	d	. .	. .	d	d	. .	. .	. .
M. Maddalena .	»	31	fren. man.-depres	lieve eccit.	. .	d	d	d	. .	d	. .	d	d	. .	. .	. .
C. Beatrice . .	»	40	dem. precoce . .	clamorosa	d	d	d	d	d	d	. .	d	. .	. .	. .	. .
C. Emma . .	»	50	dem. precoce . .	eccitamento	. .	d	d	d	d	. .	d	d	d	. .	. .	. .
M. Erminia. .	»	27	psic. tossica . .	lieve eccit.	d	d	d	d	d	d	d	d	d	d	. .	. .
P. Maddalena .	»	56	demenza	clamorosa	d	d	d	d	d	d	d	.	. .	. .	. .	. .

durata media del sonno ore 7

Digitized by Google

TABELLA VIII.

Somministrazione di gr. 2,50 di Isopral in soluzione

INFERMI	Sesso	Età	MALATTIA	Stato attuale	Ore dopo la somministrazione											
					0.30'	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
G. Primo . .	U	36	Fren. man.-depres.	grave eccit.	d	d	d	d	..	d	d	.	d	.....	.....	.....
D. Gaetano . .	»	49	» .	»	.	d	d	d	d	..	..	.....	..	.....	.....	.....
B. Eugenio . .	»	22	» .	»	d	d	d	d	d	..	d	..	d	...	...	...
M. Teresa . .	D	31	»	»	d	d	d	..	d	d	..	d	..	..	..	...
» »	»	»	»	»	..	d	d	d	d	d	..	..	d	d	..	..
L. Elisa . . .	»	29	fren. isterica	»	..	d	d	d	d	d	..	d	d	d	..	...

durata media del sonno ore 6,30'

Digitized by Google

TABELLA IX.

Risultati medi ottenuti con le varie dosi di isopral

INFERMI	Età	MALATTIA	Stato attuale	Somministrazione dell'Isopral: in tabloidi ore di sonno: alla dose di gr. 1	in tabloidi ore di sonno: alla dose di gr. 1,50	in tabloidi ore di sonno: alla dose di gr. 2	in soluzioni ore di sonno: alla dose di gr. 0,75	in soluzioni ore di sonno: alla dose di gr. 1	in soluzioni ore di sonno: alla dose di gr. 1,50	in soluzioni ore di sonno: alla dose di gr. 2	in soluzioni ore di sonno: alla dose di gr. 2,50
G. Primo	36	fren. man.-depres.	eccitamento	—	10	—	5	10	7	8	7
G. Nicolò	51	frenastenia	clamoroso	8	6	8	7	8	7	8	—
N. Alfonso	27	psicosi tossica	clamoroso	—	—	—	5	—	—	—	—
G. Augusto	31	dem paralitica	lieve eccit.	6	6	—	4	7	6	—	—
B. Davide	43	fren. man.-depres.	eccitamento	7	7	—	6	10	6	—	—
A. Giosuè	41	dem. precoce	tranquillo	—	—	—	6	—	—	—	—
B. Eugenio	22	fren. man.-depres.	eccitamento	—	9	6	5	—	—	—	7
M. Annibale	33	dem. precoce	tranquillo	8	6	8	—	7	6	9	—
D. Gaetano	49	fren. man.-depres.	eccitamento	8	10	4	—	7	2	7	4
O. Teobaldo	21	fren. man.-depres.	eccitamento	8	5	—	—	7	8	—	—
G. Cesare	36	dem. precoce	tranquillo	8	—	—	—	—	—	—	—
M. Erminia	27	psic, tossica	clamorosa	6	6	10	7	—	—	—	—
V. Beatrice	63	dem senile	lieve eccit.	7	8	—	7	5	8	—	—
R. Margherita	38	dem precoce	liev. eccit.	5	7	7	7	4	7	8	—
M. Maddalena	31	fren. man.-depres.	eccitamento	6	6	6	6	4	10	9	—
C. Emma	50	dem. precoce	lieve eccit.	7	8	7	5	8	6	9	—
L. Elisa	29	fren. isterica	eccitamento	—	—	—	1	4	2	3	8
C. Beatrice	34	dem. precoce	clamorosa	4	9	7	5	6	5	8	—
C. Maria	30	dem. precoce	eccitamento	7	9	—	—	3	8	6	—
M. Giulietta	48	fren. man.-depres.	lieve eccit.	—	—	—	—	9	5	8	—
M. Teresa	31	fren. man.-depres.	grave eccit.	—	—	—	—	—	2	5	6,30'
P. Maddalena	56	demenza	clamorosa	—	5	7	—	—	—	—	—

Digitized by Google

BIBLIOGRAFIE

Kraepelin — Introduzione alla Clinica psichiatrica. - 30 Lezioni. - Trad. dei dottori Amaldi e Manzoni con prefazione del Prof. Tamburini. — Milano, 1903.

Un libro di Kraepelin è sempre un avvenimento importante per la Psichiatria, poichè, anche astraendo dalla eminente competenza dell' illustre alienista tedesco, ogni nuovo prodotto della sua mente, non mai vincolata alle proprie convinzioni passate ma solo amante del vero quando e da qualsiasi fonte provenga, porta sempre con sè un vero progresso della scienza nostra.

Questo libro dell' A. non è che una condensazione delle impressioni e dei ricordi di un semestre di clinica sotto forma di lezioni, avente lo scopo principale di dare la maggiore evidenza ai varî criterî per giungere alla diagnosi, quasi sempre desunta dalle storie cliniche dei malati. Esso quindi non è un trattato di psichiatria ma, come il Kraepelin stesso, per verità troppo modestamente, lo definisce, *una guida allo studio clinico del malato di mente.*

In quest' opera più che in ogni altra appare in tutta la sua pienezza l' alta potenza clinica dell' A., con la quale vengono non solo scolpite magistralmente le singole forme morbose, ma rilevate con tale chiarezza le loro caratteristiche differenziali da rendere sulla guida di esse lo studio del malato di mente immensamente più agevole e sicuro.

Ci dispensiamo dallo scendere a particolari perchè delle 30 lezioni, di cui l' opera si compone, non si saprebbe facilmente indicare la più efficace e la meglio svolta. Diremo soltanto che anche in questo libro l' A. ribadisce la fisonomia autonoma della *melanconia* della *demenza precoce* e della *frenosi maniaco-depressiva*, forme che egli sviscera addirittura in tutti i loro minimi particolari.

Nell' ultima lezione il Kraepelin riassume brevemente con mirabile chiarezza il concetto patogenetico attuale delle varie forme mentali, dopo di

Digitized by Google

che, pur sempre fiducioso nel progresso avvenire, egli si trova costretto a confessare che siamo ora tanto lontani dal possedere una positiva conoscenza delle cause, dei sintomi, del decorso e dell'esito d'ogni singola forma morbosa, che non è certamente ancora possibile il concepire una teorica solidamente costituita della nostra specialità.

Facciamo plauso agli egregi colleghi Amaldi e Manzoni di averci dato un'eccellente traduzione dell'importante lavoro Kraepeliniano e ci auguriamo che da ora in poi a nessuna produzione dell'alienista tedesco sia per mancare la sollecita versione in lingua italiana che permetta o faciliti a tutti noi la conoscenza di opere tanto illuminate e preziose.

TAMBRONI

Bianchi — Trattato di Psichiatria. — Napoli — Ed. Pasquale, 1904.

Coll'uscita recente della Parte III[a] il Trattato di psichiatria dell'illustre alienista napoletano ha avuto il suo compimento.

Nella prima parte dell'opera nella quale rifulge la nota competenza speciale dell'A. si contengono uno schizzo anatomico della corteccia cerebrale e della sostanza bianca sotto-corticale nonchè un sunto delle leggi fisiologiche fondamentali del mantello. La seconda parte, che rappresenta come una introduzione alla clinica, è dedicata alla semeiotica delle malattie mentali. La terza parte finalmente, come è naturale più voluminosa delle altre, contiene l'esposizione del concetto fisio-patologico delle singole psicopatie e la descrizione delle forme nosografiche.

Detto come non sia, almeno per il momento, possibile basare la classificazione delle malattie mentali semplicemente sulla etiologia o sulla anatomia patologica la qual cosa dovrebbe rappresentare il nostro ideale di classificazione, l'A. ne presenta una molto eclettica, ispirata a criterî nosologici, etiologici ed anatomo-patologici, non senza metterne in vista le principali manchevolezze.

L'A. divide le malattie mentali in tre grandi gruppi: il primo comprende le malattie essenzialmente rappresentate da difetto evolutivo psicocerebrale; il secondo tutte quelle affezioni mentali di origine infettiva, autotossica e tossica che si sviluppano in individui regolarmente evoluti; nel terzo gruppo sono comprese tutte le malattie a substrato organico localizzato o diffuso nell'organo centrale della mente.

Per le forme del primo e del secondo gruppo i concetti dell'A. sono presso a poco quelli ormai accettati dalla maggioranza degli alienisti e specialmente da noi italiani, fatta qualche piccola riserva per la *paranoia* e per la *demenza afasica*. La indipendenza nosografica di quest'ultima forma morbosa stabilita dall'A. è basata sul sintoma « afasia » ed è una conseguenza legittima delle sue teorie particolari del resto apprezzabilissime, sulla fisiologia del cervello anteriore, di cui l'A. stesso ebbe occasione di farci una brillante esposizione anche 4 o 5 anni fa al Congresso di Napoli; per noi

Digitized by Google

potrebbe essere considerata come una varietà particolare della *psicosi encefalomalacica.*

La parte dell'opera originale e divergente da quelle teorie che da qualche tempo hanno fissato molto seriamente l'attenzione degli alienisti non solo italiani ma del mondo intero e di cui, lo confessiamo, noi siamo caldi fautori, è quella compresa fra i capitoli XII e XXIX inclusivi e che riguarda le forme del secondo gruppo. L'A. accetta la *frenosi maniaco-depressiva* per le sole forme periodiche o circolari, ma conserva la *mania* e la *malinconia*; ammette la *paranoia acuta* e la *paranoia tardiva*; scarta la *demenza precoce* nel senso Kraepeliniano; ribadisce la sua *frenosi sensoria*; conserva la *demenza secondaria*, che non considera come entità morbosa, ma come esito di tutte le malattie mentali acute e croniche che non guariscono e specialmente della mania, malinconia, frenosi sensoria, paranoia, epilessia.

Il Trattato del Bianchi è opera poderosa, ricca di idee e di fatti e che onora la scienza italiana.

TAMBRONI

Tanzi — Trattato delle malattie mentali. Milano - Società editrice libraria, 1904.

Il trattato che ci offre l'illustre Clinico di Firenze è un prezioso e forte lavoro in cui con giusta misura si riuniscono e si completano a vicenda l'obbiettivo pratico e la tendenza ideale della psichiatria.

Pure seguendo in gran parte quella via del rinnovamento che ha a caposcuola il Kraepelin, il Tanzi ha però dato alla sua opera una impronta tutta individuale (che talvolta lo ha fatto forse anche sorvolare sul lavoro degli altri), quale dovevamo attenderci dal suo ingegno originale e brillante; sicchè con la scuola del Clinico tedesco mentre in alcune parti si identifica, in altre se ne allontana profondamente.

L'indirizzo che l'A. ha dato al suo lavoro è principalmente basato sulla ricerca del substrato anatomo-patologico delle malattie mentali; e a tale indagine non solo dedica uno splendido e interessantissimo capitolo nella parte generale del suo studio, ma ritorna in ognuno dei capitoli di psicopatologia speciale, nei quali alla descrizione dei sintomi, mirabilmente cesellata ed elegante, fa seguire una chiara esposizione di quanto si conosce del reperto anatomopatologico di ogni psicosi, completando le cognizioni già note con le più nuove e tuttora discusse induzioni.

E così nei capitoli seguenti che richiamano nozioni antiche e nuove e personali (come quella sulle allucinazioni) di fisiologia e di psicologia, l'A. riesce, con una sobria e sempre lucidissima esposizione, non solo a chiarirci i più recenti problemi sul meccanismo del pensiero umano, ma anche nelle cose più note e ritrite sa sorprendere lati inesplorati, o nuovi o deboli alla critica, ai quali dà novella vita con la frase elegante e scultoria sempre, spesso anche caustica e terribilmente sarcastica; sicchè la lettura anche delle cose più monotone ed astruse riesce facile e gradevole sempre ancorchè talvolta ci sentiamo dissenzienti dallo scrittore o la sua critica non ci persuada.

Per la classificazione delle malattie mentali, dopo un rapido esame critico di quelle più notevoli sino ad ora apparse, da Esquirol a Kraepelin, adotta uno schema proprio seguendo il criterio causale, come quello che si può riconoscere

Digitized by Google

nella massima parte dei casi e che, per ora, rappresenta l'unica nostra base per la diagnosi differenziale, la prognosi e la cura. E specialmente sulle cause esogene della malattia è diretta la ricerca, riducendo in tal modo a sempre più ristretti confini il concetto della ereditarietà alla cui legge, spesso enigmatica, venivano in passato assoggettati, con eccessiva larghezza, molti di quei casi che oggi possiamo ascrivere a cause esterne; ciò che indubbiamente costituisce per la patologia un notevolissimo progresso, come asseriva, anni sono, il Tanzi stesso in un mirabile studio sui rapporti della cerebroplegia infantile coll'idiozia.

I sedici capitoli in cui è svolta la descrizione delle singole malattie mentali meriterebbero un lungo e minuzioso esame al quale, per la natura modesta di questa bibliografia, dobbiamo rinunciare, accontentandoci solo di accennare brevemente a quei punti in cui l'opera del Tanzi più si discosta dalle altre consimili, o per originalità di vedute o per la decisa opposizione ai critici di altre scuole ora fiorenti.

Nella sua classificazione delle psicosi segue una graduatoria secondo cui le cause morbigene dapprima decisamente esterne e accidentali diventano mano mano più costituzionali e più intime per terminare con quelle assolutamente degenerative.

E così al primo gruppo che comprende gli *avvelenamenti* (pellagra, alcoolismo, morfinismo, cocainismo), passa a quello delle *tossi-infezioni ed auto-intossicazioni*, riunite, a nostro avviso, assai ragionevolmente in un unico gruppo, in cui hanno posto l'amenza, nei suoi vari gradi sino al gravissimo (delirio acuto, o da collasso) e la psicosi uremica; ad esse poi unisce anche le psicosi tiroidee (mixedema acquisito, cretinismo endemico e sporadico, basedowismo) perchè seguono ad un perturbamento avvenuto nella funzione tiroidea, funzione che probabilmente, per parte delle paratiroidi, è antitossica, mentre per parte della tiroide sarebbe trofica; e associa pure la paralisi progressiva, la cui patogenesi l'A. ammette in un avvelenamento che, se non si può addebitare direttamente alle tossine sifilitiche, deve attribuirsi ad una autointossicazione successiva. La riunione di queste forme nervose se è forse ardita è però certo logica.

Tiene il terzo posto il gruppo delle *encefalopatie*, suddiviso in cerebropatie infantili e degli adulti; le prime sono rappresentate dalla idiozia acquisita per cause le più svariate che ledono il cervello durante la fase delica a della sua evoluzione, nella vita fetale o infantile, lasciando quindi reliquati abbastanza uniformi e che, contrariamente al concetto antico ed anche attuale di altri autori, differenziano completamente questa forma, qualunque sia il grado della deficenza mentale ch'essa può presentare, dalla imbecillità che è congenita e che trova il suo posto nel gruppo delle anomalie degenerative. Nelle cerebropatie degli adulti sono compresi tutti quei processi morbosi che direttamente o indirettamente compromettono in modo grossolano gli elementi nervosi del cervello adulto; abbiamo quindi riunite in un sol fascio tumori cerebrali, traumi al capo, sifilide cerebrale, demenza apoplettica e demenza senile. Per quest'ultima, che ha cause e sintomi peculiari, ci permettiamo osservare di sfuggita che la sua inclusione nel gran quadro delle cerebropatie non ci persuade totalmente, e preferiremmo ancora vederla conservata accanto alla melancolia della età involutiva che il Tanzi ha invece ricuperata con la melancolia semplice o periodica, in un gruppo speciale di psicosi proprie di questa fase della vita organica.

Ma dove il Tanzi più profondamente si discosta ed anzi combatte la scuola del Kraepelin è nel gruppo delle *psicosi affettive* nel quale mantiene la mania e la melancolia come forme semplici, indipendenti e distinte dalla mania e melancolia periodiche e dalla pazzia circolare, pure autonome, ammettendo per le prime cause prevalentemente esterne, per le ultime cause prevalentemente interne. Però la critica che l'A. muove al concetto unitario della psicosi maniaco-depressiva, dobbiamo pur dirlo, non ci sembra sufficientemente valido nè ci convince; e, come bene osser-

Digitized by Google

va l'Esposito, l'unità della frenosi maniaco-depressiva ripudiata dal ragionamento si afferma già nel fatto, che le forme semplici, le periodiche, le circolari sono riunite in un unico capitolo, da buone sorelle.

Ma v'ha di più: l'A. stesso intanto afferma che « i casi di mania semplice sono talmente scarsi, e quando si presentano sono così somiglianti ai periodici, ed è così difficile vederci una causa specifica o morale all'infuori della diatesi costituzionale che sta a base certa (sebbene misteriosa) della mania periodica che sembrerebbe artificiosa ogni separazione tra le forme di mania semplice e quella recidivante » (pag. 455); e più innanzi aggiunge che tra mania e melancolia « l'antagonismo dei sintomi non corrisponde ad un antagonismo dimostrato dalle cause. È anzi probabile che la causa di entrambe sia una sola e che consista in un disturbo del ricambio organico » (pag. 482). E dopo avere suddivise le psicosi affettive nei cinque sottogruppi giunge alla seguente sconfortante conclusione: « Da questo schema si scorge che, per potere farsi una idea sulla natura di una malattia affettiva in rapporto con la sua causa determinante, cioè per decidere se si tratti d'una forma uniaccessuale o d'una forma periodica, noi siamo costretti ad attendere caso per caso lo svolgimento, le riprese e le metamorfosi talvolta nel corso d'una vita intera. Il giudizio diagnostico che sarebbe tanto utile, in quanto implica la prognosi, non può pronunziarsi a priori sopra l'esame dei sintomi, che sono sempre gli stessi, ma solo a posteriori quando sia passato un tal numero d'anni, da permettere o di vedere in atto la riproduzione del primo accesso o di escludere ogni probabilità di recidive » (pag. 457). E in altra parte del suo trattato dice che « la melancolia e la mania, come astrazioni cliniche sono psicosi in parte costituzionali, in parte acquisite; ma i melancolici e i maniaci, come individui, sono, a seconda dei casi, o infermi predestinati o infermi d'occasione » (pag. 256).

Ora francamente ci sembra che da un lato questa assai dubbia diversità del criterio etiologico, per cui si debba ricorrere alla sottile distinzione fra malattia e malati, e dall'altro il fatto che la sintomatologia è in ogni caso sempre la stessa, stiano poco in favore di una divisione recisa fra le forme semplici e le periodiche e circolari; e ci sembra, col Vedrani, che venga a mancare o almeno riesca poco valida la confutazione al concetto unitario del Clinico tedesco; la cui lunga e coscienziosa osservazione nemmeno può essere distrutta dalla melanconica riflessione che « se si volesse adottare questo punto di vista, la melancolia e la mania, dopo un periodo secolare di splendore, dovrebbero l'una rimpicciolirsi nello squallore di una forma involutiva poco ben definita, l'altra scomparire dal novero delle malattie indipendenti » (pag. 454). Per vero sono molti i dogmi e le antiche verità che dopo secolari splendori hanno dovuto rimpicciolirsi e sparire, senza rimpianto, dinnanzi alle nuove conquiste della scienza e ai rinnovati concetti della vita; nè sarebbe male, ci sembra, se ciò avesse ad accadere anche della melancolia e della mania in omaggio a nuovi criteri che l'esperienza clinica potesse affermare più validi e veraci.

Non vorremmo però che queste modeste e rapide osservazioni fossero elevate all'onore immeritato di una critica all'opera splendida del Clinico di Firenze, il cui trattato, nonostante queste divergenze di vedute ancora esistenti, riuscirà sempre ammirata e preziosa guida anche ai Kraepeliniani più convinti, come lo sarà ai più ortodossi lombrosiani, nonostante le numerose e talvolta fiere critiche che in esso si trovano alla scuola e alle teorie del grande Antropologo.

Nel sesto gruppo, delle *nevrosi costituzionali*, sono comprese la nevrastenia costituzionale (psicosi ossessiva), l'isterismo e l'epilessia.

La *demenza precoce* sta a sè; suddivisa nelle tre forme ebefrenica, catatonica e paranoide, è descritta in modo veramente scultorio, ed è in tutto uniforme al concetto di Kraepelin, di cui solo il Tanzi non accetta l'ipotesi ch'essa dipenda da una malattia del ricambio, e preferisce darle una base ereditaria.

Digitized by Google

Pure interessantissimo è l'ultimo gruppo, delle *anomalie degenerative della mente*, in cui la perversione dell'istinto sessuale, l'immoralità costituzionale, la paranoia e la gracilità intellettuale o imbecillità ereditaria hanno una completa e magistrale trattazione, con originalità di concetti clinici e di criteri giuridici.

Chiude degnamente l'opera un capitolo sui manicomi ardito e fieramente polemico, in cui sono rapidamente accennati, discussi e risolti i più salienti problemi della tecnica manicomiale. La carriera degli alienisti il T a n z i giustamente vuole sia nazionale; e per quanto riguarda l'amministrazione dei manicomi propugna una forma autonoma, pubblica e possibilmente sotto l'egida dei grandi comuni.

Forse in questa parte le vicende personali non hanno però concesso all'A. la più completa serenità nel giudicare l'opera delle amministrazioni provinciali verso i proprî manicomî; chè se purtroppo se ne deve spesso deplorare la miopia e la deficente evoluzione nei concetti tecnici e amministrativi, non possiamo però per equità disconoscere la parte importantissima che in alcune regioni d'Italia, ed ora nel Veneto specialmente, esse hanno avuta ed hanno in quel risveglio nella ospitalizzazione degli alienati, che, quasi insperato pochi anni or sono, ha di già apportato sì notevoli e ben promettenti risultati.

Con quest'opera veramente classica del T a n z i, e il ricco e completo trattato del B i a n c h i l'anno decorso segna una pagina d'oro nei fasti della psichiatria italiana, che ha saputo offrire agli studiosi due opere le quali affermano in modo splendido i progressi delle nostre scuole, che dimostrano di non aver nulla da invidiare alle più celebrate di oltre Alpi.

A. D'Ormea

H e i n i c k e — Zur Casuistik der Verhaltens der Haare bei Geisteskranken. - *Neurologisches Centralblatt* 1903 pag. 146.

L'A. riferisce un caso di una demente precoce di 21 anni nella quale, una o due ore prima del manifestarsi dell'eccitamento, una ciocca di capelli dal colore naturale passava al bianco argenteo. Questo era così costante che dal suo presentarsi, si poteva con assoluta certezza predire l'avvicinarsi del periodo di eccitazione. Tale mutamento di colore si manteneva invariato fino a qualche ora dopo la scomparsa dell'eccitamento, per poi ritornare al colore primitivo in modo assai rapido.

Secondo l'H e i n i c k e, dato che in quei momenti il cuoio capelluto della regione è iperestico, un tal fenomeno potrebbe venir spiegato ammettendo che le sostanze tossiche circolanti, irritino i nervi trofici dei capelli. Da tale irritazione ne verrebbe una modificazione nella circolazione sanguigna e linfatica per modo che le cellule, e specialmente le cellule dentellate, si retraggono, lasciando libero dello spazio nel quale può penetrare una quantità d'aria superiore alla norma. Col cessare dell'agitazione scompaiono queste condizioni speciali e le cellule riprendono il loro volume normale e la quantità d'aria in più viene cacciata. Perchè poi ciò si verifichi in una sola ciocca di capelli è un fatto che l'A. non riesce a spiegare.

Maggiotto

Digitized by Google

Meeus — Considérations générales sur la signification clinique de la demence précoce. *Annales médico-psycologiques* 1904 pag. 146.

L'A. dopo aver brevemente accennato alla poca proprietà del nome *demenza precoce* ed alla parte storica che si riferisce a tale forma, discute, ed accetta in parte, in parte respinge le idee del Kraepelin.

Trova che la definizione che dà di questa malattia il clinico tedesco « un complesso di forme nosologiche che hanno il carattere comune di finire in uno speciale stato di debolezza mentale » è troppo estesa.

Come noi abbiamo - egli dice - secondo la scuola di Heidelberg una demenza precoce a tipo ebefrenico, catatonico, paranoide, così dovremmo avere una demenza precoce a tipo epilettico, poi che vi sono dei casi nei quali la epilessia finisce rapidamente in demenza. E sarebbe allora più giusto parlare addirittura di demenze vesaniche.

L'A. poi si oppone ad unire alla *dementia praecox* la varietà paranoide sulla quale il Kraepelin stesso sembra esitare: come si può unire sotto un nome comune, egli scrive, il tipo psico-sensoriale del paranoide al tipo psico-motore dell'ebefreno-catatonico?

A dir vero, non ci pare questa una argomentazione logica: ammesso che la demenza precoce sia l'esponente di fatti di auto-intossicazione, non può l'agente tossico agire sia sui centri psico-motori, sia sui centri psico-sensoriali?

Non abbiamo noi nell'isterismo, il quale presenta parecchi punti di contatto nelle sue manifestazioni più gravi, con la demenza precoce, a volta a volta, manifestazioni psico-sensoriali e psico-motorie?

Il Meeus poi propone d'accordo in questo con l'Aschaffenburg, la fusione della forma ebefrenica alla catatonica: tenute distinte dal Kraepelin forse per un riguardo al ciclo di stati emotivi, voluto dal Kahlbaum come fondamento della catatonia.

Tutta la sua lunga pratica manicomiale e i particolari studî che egli ha fatto sulla demenza precoce lo hanno convinto della verità della sua tesi. Tra demente ebefrenico e catatonico, non vi sarebbe alcun motivo di separazione e si passa da una categoria all'altra per via di una notevolissima serie di gradazioni, che tengono qualche cosa dell'uno e dell'altro tipo. Ma v'ha di più: in alcuni malati si ha il passaggio netto indiscutibile da un quadro all'altro. Ed egli cita in proposito 4 sue osservazioni personali.

La forma eccitata della catatonia, pure riconosciuta e voluta dal Kraepelin, viene dar conforto all'unità dei due quadri. In essa infatti si hanno varietà notevoli, e dei fenomeni che spesso si identificano a quelli ebefrenici.

E l'autore conchiude se non convenga fare una distinzione tra demenza precoce semplice e demenza precoce paranoide.

Si potrebbe allora chiamare la prima con molto maggiore proprietà di linguaggio *demenza ebefreno-catatonica.*

ALBERTI

Digitized by Google

Marcus — Psychose bei perniciöser Anämie. - *Neurol. Centralbl*, 1903.

Si tratta di un uomo il quale durante il decorso di un' anemia gravissima ha presentato, oltre a sintomi midollari, sintomi psichici del tutto simili a quelli che si verificano nella paralisi progressiva.

E cioè: un periodo di eccitamento, con discorsi incoerenti, euforia spiccata, delirio di grandezza; un periodo di depressione con arresto psichico. Col migliorare delle condizioni generali, anche i disturbi mentali andarono affievolendosi fino a scomparire del tutto. Secondo quanto afferma l' A. il disordine psichico in questi casi deve attribuirsi all' alterazione delle cellule ganglionari della corteccia cerebrale; tali sintomi possono esser paragonati a quelli dell' ergotismo e della pellagra.

MAGGIOTTO

Pasturel — De l' influence des sorties prématurées dans certains états mélancoliques. - *Annales médico-psycologiques.* - Année LXXII N. 1.

L' autore sostiene, ed a ragione, che in certi casi, la dimissione precoce del malato, della quale oggi troppo si diffida, è utile per accelerarne la guarigione. E cita a conforto della sua tesi quattro casi di donne malate di forme melanconiche, le quali curate in Manicomio e portate fino ad un certo grado di miglioramento, non progredirono più, per quanti tentativi terapeutici si facessero. Si pensò di restituirle alle famiglie e nell' ambiente familiare esse raggiunsero una guarigione completa e durevole. La statistica di 4 casi a dir vero ci pare poca cosa per poter in qualche modo conchiudere.

Ma quello che è peggio è che dei quattro casi, tre corrispondevano a quanto si rileva dalla storia clinica che l' autore espone, a stati depressivi di frenosi maniaco-depressiva; e sorge troppo legittimo il dubbio che le guarigioni si sarebbero avute anche in manicomio.

Dunque d' accordo con il dottor Pasturel sull' opportunità delle dimissioni precoci, ma discordi da lui sull' apprezzamento dei casi clinici ai quali ha appoggiato la sua tesi; alla quale ci sembra egli facilmente avrebbe potuto dare un conforto più vigoroso.

ALBERTI

E. Kraepelin — Vergleichende Psychiatrie — *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, Luglio 1904.

Dopo aver posto in rilievo l' importanza degli studi di psichiatria comparata, l' A. riferisce i risultati delle ricerche ch' egli ha fatte su 370 alienati indigeni di Giava, nei quali non ha riscontrato alcun caso di sifilide cerebrale e di paralisi progressiva, mentre su cinquanta europei ne ha osservati ben otto casi. Presso gl' indigeni è pure abbastanza rara la frenosi mania-

Digitized by Google

co-depressiva, il cui quadro sintomatologico è quasi sempre molto semplice ed elementare, e nella quale gli stati di depressione sogliono essere leggeri e di breve durata e pure brevi, ancorchè talvolta molto violenti, gli stati di eccitamento, nè si presentano le idee deliranti di autoaccusa. Al contrario è assai frequente la demenza precoce, specialmente nella sua forma più semplice, senza i sintomi catatonici e le allucinazioni dell' udito; i suoi stati iniziali sono raramente depressivi o di eccitamento, e anche le idee deliranti appaiono più deboli e incoordinate: in complesso insomma la malattia si presenta in forma più mite che negli europei di Giava e dei nostri manicomî. L' A. ha pure osservati numerosi casi che potrebbero verosimilmente ascriversi alla epilessia psichica; e per le due forme morbose *Làtach* e *Amok*, ritenute speciali degli indigeni, egli inclina a credere rappresentino prevalentemente disturbi isterici ed epilettici, non escludendo però possa anche trattarsi di una forma di malaria larvata, o più raramente di catatonia, ovvero anche di vere malattie autonome.

D' Ormea

Deny — Les démences vésaniques. Rapport au XIV Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et de pays de langue française en Pau. — *Archives de Neurologie*, Septembre 1904.

Per demenze vesaniche teoricamente s' intendono gl' indebolimenti mentali permanenti consecutivi ad una psicosi; si tratta quindi di demenze esclusivamente secondarie; ma in pratica tale concetto più non corrisponde, perchè le demenze secondarie si rassomigliano e si confondono, sì che presto diventa impossibile intravedere la malattia iniziale da cui sono derivate.

La demenza precoce tiene un posto ben distinto, con caratteri speciali, a lato degli altri due grandi gruppi di demenze, la paralitica e la senile, dalle quali si distingue principalmente per il carattere elettivo dell' indebolimento che essa apporta. La sua sintomatologia si basa su tale numero di osservazioni che ormai non si può più elevare alcun dubbio sulla realtà di questa entità morbosa, e le discussioni che su di essa ancora si fanno non riguardano più il suo valore nosografico, ma unicamente la sua autonomia nosologica; perchè non avendo ancora una base anatomica certa e una etiologia speciale, molti vogliono ancora farlo rientrare nel gruppo delle psicosi degenerative o ereditarie. Dall' esame dei dati sia ad ora ottenuti riguardo alla sua etiologia e anatomia patologica si deve però concludere che la demenza precoce è, nello stesso grado e per lo stesso titolo della paralitica, una malattia fortuita e accidentale, pur rimanendo soggetta, al pari dell' altra, alla legge della predisposizione ereditaria ed acquisita.

Non si può dunque considerare la demenza precoce come una affezione secondaria o consecutiva a certe psicosi, come ad esempio alla confusione mentale, e non si può quindi ammettere la teoria della demenza vesanica rapida.

Digitized by Google

È più giusta la teoria della demenza vesanica tardiva?

La mania e la melanconia sono ormai da tutti considerate non più come entità morbose, ma come sindromi che possono riscontrarsi in forme svariatissime; non si può quindi più parlare di demenze post-maniache o post-melanconiche.

Quanto alle demenze consecutive agli stati così detti degenerativi come i deliri polimorfi, la paranoia acuta etc., che secondo tutti gli autori generalmente guariscono, sia che l'indebolimento mentale si manifesti subito dopo un solo accesso delirante, o dopo una serie di ricadute, non si tratta in realtà che di una demenza primitiva momentaneamente mascherata da dei fenomeni deliranti che possono avere remissioni od anche sparire, come nella paralisi generale, ma l'indebolimento mentale sul quale essi si innestano permane e si accentua progressivamente per terminare in capo a più anni con la perdita completa dell'intelligenza. E talvolta i caratteri clinici della malattia non lasciano alcun dubbio sulla sua origine demenziale.

I deliri cronici sistematizzati secondo molti autori non terminano mai in demenza; e il periodo demenziale del delirio cronico sistematizzato del Magnan è stato combattuto e considerato anche come effetto della vita manicomiale. Seglas però ammette un esito demenziale dei deliri sistematizzati specialmente allucinatorî; per Serieux e Masselon si tratterebbe in questi casi di una demenza secondaria post-vesanica: Kraepelin al contrario sostiene che tutte le varietà allucinatorie della paranoia debbono, almeno per ora, ascriversi al gruppo della demenza precoce paranoide. Infatti casi di delirio sistematizzato sono stati osservati nella paralisi generale e nella demenza senile, non v'ha quindi incompatibilità e contraddizione fra delirio sistematizzato e demenza; e d'altra parte le frequenti idee che si sovrappongono a quelle di persecuzione, la cristallizzazione della idee deliranti chiusa in un circolo che sempre più si restringe e che si ripete in modo stereotipato, e la costante fine di queste forme in una demenza completa, sembrano giustificare la introduzione della maggior parte di esse nel quadro della demenza precoce, secondo il concetto del Kraepelin. E il dibattito sul momento in cui si inizia il delirio sistematizzato e quello in cui appare l'indebolimento mentale forse scomparirebbe se tutti si accordassero nel dare lo stesso valore alla parola demenza, che per i Tedeschi equivale al « Schwanchsinn », cioè a semplice debolezza di spirito, mentre in Francia si suole con essa significare solo l'ultima fase dell'indebolimento mentale.

Anche le lesioni anatomiche ormai contrastano con l'esistenza delle demenze vesaniche o secondarie, le quali non possono quindi più essere mantenute nella classificazione delle malattie mentali. Alcune infatti debbono sparire perchè le psicosi di cui costituiscono lo stato terminale hanno perduta la loro autonomia: altre, ritenute secondarie alle forme degenerative e ai deliri sistematizzati acuti o cronici, rientrano nella demenza precoce, e appartengono quindi alle demenze primitive.

Le demenze organiche, comprese le antiche demenze vesaniche, possono dunque dividersi in due grandi classi: quelle dovute a lesioni circoscritte,

Digitized by Google

solitarie o multiple, e quelle causate da lesioni diffuse e generalizzate sin dall'inizio; e queste ultime alla lor volta possono suddividersi, un po' artificialmente, in acute o croniche, riparabili o distruttive.

Segue poi la discussione per parte di Parant, Dide, Duprè, Lhermitte, Règis e Ballet, il quale accettando quasi integralmente le conclusioni di Deny risponde alle critiche a lui mosse specialmente da Parant e da Règis.

D'Ormea

C. G. Jung — Ueber manische Verstimmung - *Allg. Zeitschr.* 1904. p. 15.

Già da tempo si conosce una depressione costituzionale con carattere melanconico e irritabile e solo di recente si è richiamata l'attenzione sopra casi i quali, appartenendo ancora al campo della invalidità psicopatica, colpiscono per un temperamento eccessivamente sanguigno. Nella mania costituzionale *(manische Verstimmung)* mancano i segni propri della mania: essa non è una vera psicosi ma è uno di quegli stati che si trovano nella linea di confine fra la salute e la malattia, e già nella gioventù se ne riscontrano i segni. In essa troviamo da un lato sintomi comuni ai degenerati, quale l'egocentricità e la periodicità dell'eccitamento e della depressione, dall'altro dei sintomi genuinamente submaniaci, leggiera ideorrea, umore prevalentemente e senza ragione sereno, affaccendamento non proficuo nè durevole; deficenza morale che si manifesta nella superficialità del sentimento e nella poca tenacità degli affetti.

In questi malati si nota come nei pazzi morali un vivace contrasto fra l'intelligenza e la condotta. Questo quadro morboso non va confuso colla mania cronica la quale nel concetto di Mendel è uno stato psicopatico secondario con indebolimento mentale; e il cui quadro Wernike ne allarga al punto da comprendervi molti querulomani e pazzi morali.

L'alcoolismo, la criminalità, la pazzia morale, l'incostanza e l'incapacità alla vita sociale che si incontrano in questi malati sono dipendenti dallo stato submaniaco.

Muggia

E. v Grabe - Ein Fall von episodischer Katatonie bei Paranoia - *Allg. Zeitschr.* 1904 p. 40.

W. Fusch - Ungewöhnlicher Verlanf bei Katatonie - *Allg. Zeitschr.* 1904 p. 241.

Nel I.° Caso si tratta di una dama senza alcuna eredità morbosa la quale era stata sempre bene sino al 26.° anno di età epoca in cui ebbe un gravè disinganno. Da allora apparve ai parenti incoerente e cominciò a costituirsi

Digitized by Google

in lei un sistema delirante con idee di rovina, il quale la portò spesso a conflitto colla polizia. La malattia decorse uniformemente per 11 anni in capo ai quali scoppiò un tipico accesso catatonico: la paziente era agitata, ogni giorno fracassava le stoviglie, rifiutava spesso i cibi bevendo solo acqua, si cacciava sotto i materassi per difendersi dalle violenze che dal letto si tentavano su di lei. Le allucinazioni e le idee deliranti andavano assumendo aspetto sempre più fantastico: la scrittura presentava esempi notevoli di stereotipia. In capo a 9 mesi questo stato si dileguò e l'ammalata tornò perfettamente quella di prima.

Nel II° si tratta di un uomo pure senza precedenti ereditari ma che pur da giovane presentò anomalie di carattere e probabilmente brevi accesi di pazzia: a 45 anni fu colto da un accesso di catatonia che si dileguò in breve lasciandolo apparentemente guarito onde fu dimesso. Da allora data l'insorgenza delle prime idee persecutive e di grandezza che si andarono organizzando un sistema così solidamente che per ben 10 anni il quadro morboso rimase immutato: quando improvvisamente scoppiò un altro accesso con allucinazioni di tutti i sensi, manifestazioni catatoniche (ecolalia, verbigerazione, mutacismo) sitofobia, umore variabile.

Nei periodi intervallari non si notò in questi malati alcun segno demenziale: solo nel secondo v'erano alcune idee deliranti sospette per la loro stranezza la quale saviamente osserva l'A., se non può essere sempre una testimonianza di demenza, può far presagire un indebolimento mentale. Il decorso inusitato di questa forma morbosa lascia incerti gli autori sulla diagnosi: però entrambi - più apertamente U. Grabe - propendono per quella di paranoia. MUGGIA

Hans Shulse - Ueber moral Insanity - Ein Beitrag zur Psychologie des moralischen Irreseins - *Allg. Zeitschr.* 1904.

Nella pazzia morale il carattere morboso della vita affettiva trova la sua spiegazione nell'assoluto predominio degli impulsi volontari istintivi. L'assenza dell'istinto sociale rende impossibile all'individuo quella altruistica sublimazione dell'egoismo che è la compassione (Nietzsch): manca la capacità di partecipare, per associazione involontaria, alle sofferenze del prossimo e quindi il desiderio di unirsi ad esso per togliere dal mondo la sorgente dei suoi dolori! Il concetto più elementare del dovere - nella sua forma primitiva di istinto sociale - è straniero alla coscienza di un tale uomo: egli sa bene che esistono principi etici e idee morali, egli conosce le parole *buono* e *cattivo*, *giusto* e *ingiusto*, ma non vi annette significato alcuno: nel suo egoismo illimitato egli considera tutto il mondo creato per sè, come proprietà sua: i concetti del *mio* e del *suo* son per lui espressioni vuote di senso, poichè a lui manca assolutamente la capacità di apprezzare il possesso altrui. Egli è come un ladro che sa di metter la mano sulla roba d'altri, ma non sente e non può nella sua organizzazione incompleta capire che commette un fallo. Qui sta la differenza fondamentale fra lui e un delinquente

Digitized by Google

mentalmente sano; poichè questo ruba benchè sappia di prender roba d' altri e senta che questo è un reato.

Nello stesso modo che nel campo della vita emotiva la illimitata autonomia del subiettivismo si fa sentire anche in quello dell' intelligenza: inducendo quelle anomalie di giustizia che in fondo costituiscono la caratteristica forma di imbecillità che si osserva in tutti i casi di pazzia morale, mentre d' altro lato l' intelligenza può muoversi entro ampli confini, anzi talvolta si rende evidente un' intelligenza elevata, per quanto di solito unilaterale. E' ciò perchè non è diminuito il numero delle idee e delle imagini mnemoniche depositate nella corteccia cerebrale, ma ne è disturbata la loro connessione associativa ad opera del subiettivo delirio egocentrico. Il disconoscimento del proprio valore fa sì che l' individuo pretende una posizione superiore ai propri meriti, l' assenza di un autocontrollo nell' appagamento delle egoistiche tendenze conduce necessariamente alla negazione del diritto degli altri e quindi a conflitti collo leggi e le istituzioni vigenti. In un ambiente che non permetta la più libera esplicazione della sua individualità un tale essere diviene antisociale: perchè delle sue pretese disgrazie incolpa gli altri e alla indifferenza affettiva subentra l' odio e la sete di vendetta: per l' assenza di ambizioni la bestia umana si manifesta liberamente con atti spaventosi così per la violenza con cui sono compiuti che per l' ingenuo cinismo di chi li compie.

Da questa interpretazione scaturisce nettamente quale dev' essere la posizione del pazzo morale di fronte allo stato odierno del diritto: egli non deve essere punito, perchè è il suo apparato psicologico che non rende possibile il giuoco normale delle associazioni e delle ambizioni e non reagisce agli stimoli esterni secondo il normale susseguirsi di tutte le funzioni psicopatiche: ma è necessario escogitare un provvedimento che proponendosi la difesa della generalità sia conforme alla individualità di questi esseri antisociali.

MUGGIA

W. Koenig — Die Aetiologie der einfachen Idiotie vergleichen mit derjenigen der cerebralen Kinderlähmungen. *Allg. Zeitschr.* 1904 p. 133.

Sopra 260 casi l' autore rilevò tra le cause predisponenti con notevole prevalenza malattie nervose o psichiche degli ascendenti in 84, tubercolosi degli ascendenti in 36, alcoolismo del padre in 41, traumi psichici durante la gravidanza in 32, malattie nervose e psichiche nei fratelli in 54.

Tra i momenti etiologici: nascita in istato di asfissia in 39, traumi del capo in 6, malattie infettive (scarlattina, morbillo, meningiti, difterite ecc.) in 9, sifilide in 24.

Tutte le condizioni sia predisponenti che determinanti che noi riscontriamo nei casi di paralisi infantile, si riscontrano pure nell' idiozia semplice. L' autore pensa che le differenze nella percentuale pur tal volta considerevoli, non hanno importanza perchè crede che di fronte a un più grande ma-

Digitized by Google

teriale di studio scomparirebbero. Per ciò che si riferice ai rapporti tra l'epilessia e l' idiozia è indubitato che l' epilessia nel corso degli anni porti spesso un indebolimento mentale. Quanto spesso ciò avvenga o in qual grado essa vi conduca indipendentemente da malattie cerebrali, forse coesistenti, non si può dire neppure in via di ipotesi.

In 5 casi, le convulsioni comparvero durante i primi sette mesi; in 94 dopo. Se questi fanciulli sarebbero diventati idioti anche senza il presentarsi delle convulsioni è più che dubbio. Che l' epilessia abbia per lo meno favorito l' arresto di sviluppo psichico potrebbe essere una supposizione giusta per una gran parte dei casi.

MUGGIA

Siemerling. — Ueber Psychosen nach akuten und chronischen Infektionskrankheiten - Comunicazione al Congresso di Kiel - *Allg. Zeischr.* 1904. p. 185.

Tutte le malattie infettive nell' inizio o durante il decorso loro possono dar luogo a psicosi; più frequentemente il tifo, il reumatismo articolare acuto, l' influenza. Tra gli ammalati ammessi nella clinica di Tubingra dal 1894 al 1900 nell' 1,3 °/o delle donne, nel 0,3 °/o degli uomini si ritenne che una malattia infettiva fosse stata causa della malattia mentale. L' età che offre il maggior contingente di colpiti è quella che va dai 20 ai 50 anni, però anche in età avanzatissima se ne osservarono casi e Kalischer notò una psicosi seguire all'influenza in un bambino di 25 mesi. Ma non esistono sintomi caratteristici i quali permettano di distinguere le psicosi da infezione da tutte l' altre: tutti i tentativi di delimitare il quadro di una psicosi da infezione o da esaurimento appaiono prematuri. Le differenti denominazioni che si danno alle psicosi infettive a seconda che l' osservatore attribuisce maggiore importanza ad una piuttosto che all' altra condizione (l' infezione, l' esaurimento, la febbre, l' inanizione, il collasso) ci dimostrano come sia mal sicura la delimitazione delle singole forme.

Una separazione dei delirî febbrili dai delirî infettivi è assolutamente impossibile a meno che colla prima denominazione non si vogliono significare quei delirî che scompaiono col cessar della febbre. I sintomi principali del delirio febbrile sono un senso di malessere, irrequietezza, irritabilità, insonnia, offuscamento della coscienza, disorientamento, allucinazioni.

Ad essi può seguire un decorso più tranquillo con idee deliranti isolate o un vivace eccitamento motorio, non raramente somigliante alla mania con ideorrea, incoerenza, agitazione. Spesso si hanno stati ansiosi che talora si alternano con stati di eccitazione; l' eccitamento che può diventare molto grave è non di rado interrotto da periodi di stupore: talora l' aggravarsi di questi sintomi coincide con elevazioni febbrili. Ad ogni modo l' altezza della febbre non va di pari passo coi disturbi psichici: diversi autori anzi rilevarono nel tifo la coincidenza di gravi disturbi cerebrali con bassa temperatura.

Digitized by Google

Più di frequente noi osserviamo disturbi psichici nello stadio di decremento e nella convalescenza. In questo stadio si ha per lo più il quadro della psicosi allucinatoria acuta (amenza) e del delirio collasso: ma pur queste forme sono difficilmente differenziabili se non si prenda come criterio la durata che nell' amenza è piú lunga. Il delirio di collasso spesso scoppia improvvisamente in coincidenza col cadere della temperatura: sintomi principali ne sono uno stato di confusione come di sogno, numerose allucinazioni e illusioni isolate, qualche idea delirante di persecuzione, vivace agitazione motoria: sono i disturbi nel campo dell' appercezione e dell' ideazione che inducono lo stato di confusione mentale: spesso i malati sono da principio ansiosi manifestano idee di peccato: presentano anche stati stuporosi: di umore sono assai mutevoli; ora sereni, allegri, erotici, ora eccitati, tristi, ansiosi. Si osservano anche sintomi motorî come tremori, stereotipie delle pose e dei movimenti, flessibilità cerea. Dopo la guarigione la memoria presenta grandi lacune.

Dove prevalgono le manifestazioni dell' esaurimento cronico si parla di delirio da inanizione: ma neppur questo è possibile distinguere dai delirî da infezione e dai delirî da collasso. Si parla di delirio acuto quando l' offuscamento della coscienza, la confusione e l' agitazione motoria, la febbre e i disturbi della nutrizione raggiungono il loro grado più alto: qualche volta esso è di origine autotossica.

La durata dei delirî febbrili e da infezione è in generale breve a meno che essi non rappresentino lo stadio iniziale di altre malattie mentali o terminino in stati di indebolimento mentale cronico: essi si risolvono di solito in ore o pochi giorni: il delirio collasso se non assume la forma del delirio acuto dura di regola settimane e mesi. Di grandissimo valore per la prognosi sarebbe il grado di offuscamento della coscienza: se esso arriva al punto che il malato non sia più capace di fissare, la prognosi è infausta, i disturbi della motilità e della favella invece che talvolta simulano il quadro della paralisi progressiva non han significato sfavorevole.

Per la diagnosi differenziale unici criteri sono l' anamnesi e l' etiologia: più di tutti i sintomi psichici vale l' aver potuto stabilire qual' è la malattia che li ha determinati.

MUGGIA

E. Meyer — Zur prognostischen Bedeutung der katatonischen Erscheinungen. - Comunicaz. al Congresso di Kiel. - *Allg. Zeitschr.* 1904 p. 204.

L' autore seguì a lungo 46 malati con manifestazioni catatoniche la più parte dei quali poteva rientrare nel sottogruppo catatonico della demenza precoce di Kraepelin. 14 di questi ammalati poterono riprendere per un periodo di uno o più anni la loro funzione sociale e l' autore li considera almeno dal punto di vista pratico completamente guariti; in quasi tutti la malattia aveva esordito acutamente e il miglioramento era stato lento; le manifestazioni catatoniche avevan consistito per lo più in un grave stupore

Digitized by Google

che iniziatosi precocemente si era mantenuto a lungo. In 11 casi si notò guarigione con difetto: in questi più che nei precedenti erano state frequenti le stereotipie di ogni sorta le quali poi si presentarono con la maggiore intensità nei 24 casi terminati con esito infausto. Onde sarebbe più favorevole il decorso nei casi in cui allo stupore non si associano altre manifestazioni catatoniche quali le stereotipie dei movimenti, la verbigerazione ecc. L'eredità morbosa aggrava la prognosi.

MUGGIA

J. Wende — Ein Fall von traumatischer Psychose - *Allg. Zeitschr.* 1904 p. 296.

Si tratta di una psicosi sviluppatasi in seguito a un lieve trauma del capo a un individuo precedentemente sano di corpo e di mente e non gravato da alcuna eredità. Nella sindrome morbosa a lato di alcuni fenomeni isteriformi e nevrastenici che presto si dileguarono si notò una depressione psichica caratterizzata da rallentamento, anzi arresto del processo ideativo che si manifestò con deficenze nel campo della volontà, della memoria, della capacità di fissazione. Questo malato presentò anche il sintoma di Gausen che l'A. pone in rapporto collo stato di arresto: tanto più ch'esso appariva più o meno evidente a seconda della maggiore o minor intensità del disorientamento.

MUGGIA

Friedmann — Ueber neurasthenische Melancholie. - Comunicazione al Congresso di Karlsruhe 1903. - *Allg. Zeitschr.* 1904 p. 388.

Sotto la denominazione di Melancolia nevrastenica va compresa una duplice serie di casi:

I. Stati che presentano i sintomi della nevrastenia specie mania del dubbio e idee fisse, ma col decorso proprio delle psicosi particolarmente le periodiche:

II. Stati che offrono il quadro sintomatologico della melanconia genuina ma il decorso della tipicha nevrosi da esaurimento, cioè nettamente derivata da un violento sovreccitamento psichico ed emotivo ed altrettanto chiaramente e prontamente reagenti di fronte ad un congruo trattamento terapeutico, per mezzo del quale si raggiunge per lo più un rapido e decisivo miglioramento o guarigione. A differenziare la nevrastenia dalla psicosi servono due sorta di criteri: in essa il discernimento rimane per lo più vivo e i sentimenti si sviluppano in dipendenza di cause reali e non primariamente come nelle psicosi. Poi la causa esauriente sta in rapporto diretto coll'insorgere della neurastenia. Si danno è vero anche casi di esaurimento nervoso con lesione profonda del discernimento, con idee deliranti melanconiche, o uno stato grave di ansia con tendenza al suicidio, o stati stuporosi: però tutti

Digitized by Google

questi sintomi rapidamente si dileguano. Tali casi sono rari: a mala pena se ne incontra 1 di fronte a 100 neurastenie tipiche. Un temperamento emotivo e l'esistenza di eredità psicopatica predispongono a queste forme.

MUGGIA

Weigandt — Beitrag zur Lehre von den psychischen Epidemien. - Comunicazione al Congresso di Karlsruhe 1903. - *Allg. Zeitschr.* 1904 p. 400.

I. La pazzia indotta nel senso di Schonfeld si limita a quei casi in cuila malattia mentale di uno costituisce la causa specifica di quella di un altro il quale deve presentare lo stesso quadro e persistere nella malattia anche dopo ch'è stato allontanato dal primo. Intesa in questo stretto senso la induzione psichica si osserva assai di raro: si escludono i casi dove esisteva predisposizione generale.

II. Più spesso accade che, per contagio ammali un individuo già precedentemente predisposto alla psicosi. Questi casi si riscontrano particolarmente nel campo dell'isterismo e delle affezioni paranoiche.

III. Non di rado si osserva che malati di mente assumono tratti proprii di altri malati, come stereotipie catatoniche.... Näcke ricorda un caso di epidemia musicale.

IV. Il caso che individui normali assumano taluni tratti morbosi da malati di mente si osserva in modo specialmente tipico nei querulomani che raccolgono un corteggio di convinti seguaci. La maggior parte delle diffuse epidemie psichiche è di questa natura. Più che le idee in sè è il loro vivace tono emotivo che esercita così grande influenza sulla loro diffusione.

MUGGIA

Gaupp — Zur Frage der kombinierten Psychosen — Comunicaz. al Congresso di Karlsruhe. - *Allg. Zeitschr.* 1904 p. 404.

L'A. premesso che la classificazione delle malattie mentali secondo criteri puramente sintomatologici doveva necessariamente condurre spesso ad ammettere l'esistenza di psicosi combinate, quando si trattava di interpretare sindromi non comuni, sostiene che non v'è ragione di parlare di psicosi combinata appena disturbi affettivi di natura espansiva o depressiva si associano a idee deliranti che non hanno nessun evidente rapporto psicologico collo stato anormale dei sentimenti. Il concetto della psicosi combinata può far valere una serie di altre manifestazioni, p. es.: per l'associarsi dell'imbecillità all'epilessia, dell'isterismo alla dem. precoce: per l'insorgere di psicosi o sindromi alcooliche in idioti o epilettici o paralitici, o dementi precoci: per l'associarsi di differenti psicosi alcooliche (Delirium tremens e allucinosi alcoolica). Per ciò che si riferisce all'esistenza di sintomi isterici nei malati di mente l'A. ricorda che i malati di mente, i quali già in gran parte son congenitamente degenerati molto spesso fin dalla

Digitized by Google

giovinezza presentano disturbi psicogeni che si usa chiamare stimmate isteriche. Anche malattie come la frenosi maniaco-depressiva, la demenza precoce, la paranoia assumono, specie nel loro inizio, colorito particolare ad opera dei componenti isterici della personalità. Onde ci si deve abituare a non vedere in tutti i sintomi psicogeni che abitualmente si chiamano isterici i contrassegni di una vera e propria malattia, perchè più spesso si tratta di una abnorme reazione psichica agli stimoli abituali. Quindi la isteromelanconia di solito non è altro che la melanconia di una degenerata la quale all'infuori della psicosi presenta segni isterici.

L'A. descrive ancora una serie di altre combinazioni: il sovrapporsi di alterazioni arteriosclerotiche e senili a psicosi alcooliche e stati demenziali, l'associazione dell'epilessia con altre espressioni di degenerazione come la paralisi e la sifilide cerebrale; la rara insorgenza di malattie croniche paranoidi in epilettici ecc.

E conchiude: noi possiamo parlare di psicosi combinata o quando ad anomalie congenite si associano malattie mentali in forma di processi acquisiti o quando una malattia mentale è complicata da altre, per lo più da lesioni cerebrali accidentali (intossicamento alcoolico, malattie dei vasi, atrofia corticale senile) e ne è alterata nel suo quadro clinico e nel decorso.

MUGGIA

Vorster — Ueber hysterische Dämmerzustände und das Vorbeireden - Comunicazione al Congresso di Karlsruhe 1903. — *Allg. Zeitschr.* 1904 p. 42.

L'esistenza di talune stimmate isteriche non è decisiva per una diagnosi differenziale, perchè esse compaiono anche nei catatonici. Solo il restringimento concentrico del campo visivo non si è osservato nei catatonici. Egualmente poco decisivi sono l'offuscamento della coscienza e il sintoma del « *Vorbeireden* »: quest'ultimo l'A. l'osservò nel 2 % dei catatonici. Anche la lunghezza del tempo di reazione non ha l'importanza che ci si poteva aspettare dalle osservazioni di Westphal, perchè a volte i malati durante gli stati crepuscolari isterici rispondono prontamente e d'altro lato i catatonici talora rispondono con sorprendente rapidità e talora lentamente e solo dopo che la domanda è stata ripetuta.

Avviene più spesso nei catatonici che negli stati crepuscolari isterici che i malati, nelle loro risposte, non entrino affatto nel concetto della domanda e spesso usino soltanto un suono o una parola della domanda, a caso.

In favore di uno stato crepuscolare isterico depone la molteplicità delle stimmate isteriche e innanzitutto l'influenza che gli avvenimenti esteriori han sulle manifestazioni e il decorso della malattia. Il *Vorbeireden* dei catatonici non è sempre da interpretarsi come un segno di negativismo perchè si trova anche indifferentemente dal negativismo negli stati deliranti episodici. Il *Vorbeireden* si osserva non solo negli isterici e nei catatonici, ma anche in altri malati e specialmente negli stati crepuscolari epilettici.

MUGGIA

Digitized by Google

Tahier — Stupeur catatonique et stupeur mélancolique — Contribution á l'étude du diagnostic différentiel — *Thése de Bordeaux,* 1903-1904.

L'A. riporta le storie di due malati l'uno colpito da stupore melanconico, l'altro da stupore catatonico. Egli fa uno studio comparativo dei sintomi fisici e psichici. Fra i primi egli si trattiene sulla differenza delle formule ematologiche ottenute studiando i due infermi. Nel melanconico il sangue non differisce molto da quello dei normali. Nel catatonico la coagulazione del sangue è più affrettata, il valore globulare al di sotto del normale il numero dei leucociti è un po' aumentato, quello delle emazie diminuito, ed in esse si notano anche delle modificazioni (anisocitosi, poichilocitosi, policromatofilia). È da notare infine che la formula del valore globulare (0,70) si avvicina assai a quella che si riscontra nelle tossi-infezioni o negli stati lievi di intossicazione.

MAGGIOTTO

Montagnini — Sopra un caso di otoematoma bilaterale in un'alienata. — *Riforma medica.* Anno XX, N. 31.

In una malata in gravissime condizioni di deperimento fisico e mentale si manifestò un otoematoma bilaterale, senza alcuna causa traumatica nota e senza la minima lesione cutanea in loco. L'A., dopo aver raccolto asetticamente il liquido da entrambi gli ematomi, ne ha fatto l'esame batteriologico riscontrando lo *Staphylcoccus pyogenus albus.*

Tale reperto fa propendere l'A. per la teoria infettiva dell'otoematoma.

D'ORMEA

A. Vedrani — Ancora contro la frenosi sensoria. Lucca 1904.

In questo breve ma battagliero opuscolo, dedicato alla memoria di Jacopo Finzi (un altro forte e convinto apostolo della scuola del Kraepelin troppo presto scomparso dalle lotte scientifiche), l'A. prende occasione dalla critica ch'egli muove ad uno studio medico-legale recentemente pubblicato dai professori Ventra e Angiolella sopra un caso di frenosi sensoria, per combattere ancora con antica e nuova copia di argomenti quel concetto ch'egli chiama « fallace e perturbatore, infuso nella persuasione seguace di molti dalla suggestione fascinatrice di un neurologo eminente ».

Le ragioni che l'egregio critico porta per abbattere questa entità morbosa che si vuole creare con la frenosi sensoria, e dalle quali trae anche occasione per lanciare qualche altra frecciata, come ad esempio contro la definizione di psicosi affettive data dal Tanzi alla mania, alla melancolia e alla frenosi circolare, non possono qua in breve ripetersi nè riassumersi; ci piace però riportare l'ultime domande che l'A. si rivolge: « Ora si veda al cimento della pratica la vanità di quel concetto: a che cosa è esso buono al

Digitized by Google

letto del malato? dimostra una causa? insegna un orientamento prognostico? mette nella possibilità di predire se, come vuole quella teoria, l'individuo reagirà all'allucinazione con una psicosi guaribile, o periodica, o col delirio sistematizzato, o colla demenza terminale? Nulla di tutto questo. E allora a che serve fare la diagnosi sensoria? »

Il ragionamento che guida l'A. in questa sua nota ci sembra sì valido ed efficace, che chiunque si appresti a scrivere sull'argomento non dovrebbe mancare almeno di prenderne conoscenza.

D' ORMEA

R. Lambranzi — Alcuni casi d'emîsteria — *Rivista di Patologia nervosa e mentale* - Fasc. X, 1904.

L'A. col nome di emîsteria, usato come egli dice per comodità e chiarezza di definizione semeiologica, illustra tre casi da lui osservati, di inferme nelle quali si avevano principalmente alterazioni molteplici a carico della mobilità e della sensibilità, localizzate ad una sola metà del corpo. Il completo ed accurato esame delle tre malate condusse l'A., con fine e chiara discussione clinica, a formulare la diagnosi di isterismo; ed in base a tale giudizio iniziò la cura della suggestione allo stato di veglia, che in tutte e tre le inferme si mostrò efficacissima determinando una assai rapida *restitutio ad integrum*.

Il trattamento suggestivo usato dall'A. fu fatto principalmente in forma indiretta, o, come ama meglio chiamarla l'A. stesso, con *la suggestione dissimulata*, perchè appunto dissimula completamente all'infermo l'opera suggestiva che su di lui il medico pratica. L'A. stima che tale metodo, prescindendo naturalmente da quei casi in cui siano speciali indicazioni individuali, sia il preferibile, perchè più sicuro ed efficace per raggiungere lo scopo, anche per la possibilità che esso offre - in contrario alla suggestione palese - di essere ripetuto più volte senza scemare la possibilità della sua efficacia. Rispetto poi alla rapidità d'azione di tale trattamento, l'A. così la riassume: « la suggestione dissimulata agisce prontamente quando sia iniziata molto presto e l'infermo stia sotto la vigilanza diretta e continua del medico (isolamento extra-famigliare); agisce meno prontamente quando essa, pure essendo serbata quest'ultima condizione, venga iniziata con ritardo; agisce lentamente quando l'infermo sia curato in famiglia fuor della vigilanza diretta e continua del medico ».

D' ORMEA

P. Hospital. — Regrettable insuffisance des reinseignements sur les malades internés dans les asiles d'aliénés, soit d'office, et du moyen d'y remédier. - *Annales médico-pyscologiques*. - Année LII, N. 3.

Mal comune, mezzo gaudio! C'è venuto in mente il proverbio leggendo la lunga requisitoria che il dottore Hospital, veterano della vita manicomiale, fa in proposito alla deficenza di notizie che l'alienista francese, e

Digitized by Google

noi potremmo anche aggiungere italiano, ha sui malati che accoglie in Stabilimento. In realtà pare che anche presso i nostri vicini oltr'alpe le così dette notizie anamnestiche, onde viene corredato l'infermo, pure tanto importanti, come ben dice l'A., per la diagnosi, per la prognosi e per la cura, sieno di metodo tanto scarse ed insufficienti da esser troppo spesso inutili, se non tal volta dannose.

In qualche caso si è arrivati a tal punto, che l'individuo inviato in manicomio, vi entrò, vi stette e vi morì perfettamente anonimo vera « Masque de fer » senza però che alcuno storico si preoccupasse di decifrarne l'incognito.

Da ciò derivano molti mali facilmente comprensibili; tra l'altro quello che non potendo l'alienista conoscere bene l'ammalato va a rischio nei primi tempi di doverne subire gli atti impulsivi; il che all'A. è accaduto due volte e non gli riuscì, a quanto asserisce, troppo piacevole.

In verità di questo ultimo inconveniente a noi pare che tutta la colpa non ricada sulla pochezza delle notizie anamnestiche: basta che la sezione d'osservazione sia istituita e funzioni come si conviene, per evitare ogni incidente doloroso. Ma non perciò il fenomeno perde di gravità: a noi sembra che tanto in Francia, come in Italia, il medico che fa il certificato per l'ammissione del malato in Manicomio, dovrebbe essere obbligato a dare le notizie più accurate: e non stendere un magro certificatino che attesta sempre la sua indolenza, quando non sia prova scritta della deficenza psichiatrica di chi lo scrive.

Se le leggi oltre che essere, fossero anche con stretto rigore applicate, pensiamo che le disposizioni attuali basterebbero sia in Francia, come in Italia, ad ovviare i numerosi inconvenienti con tanta ironia e con tanto garbo descritti dal dottore H o s p i t a l. Sono i certificati medici insufficienti? Fate che il direttore del Manicomio possa, tranne in quei casi in cui l'ammissione è imposta da dolorose leggi di pietà o di sicurezza, rimandare indietro i malati!

E fate che sia lecito esercitare una certa sorveglianza sull'operato dei medici pratici.

In fondo, potere con quattro righe talora anche scientificamente errate far chiudere un cittadino in Manicomio, ci sembra veramente cosa tanto grave e criminosa da dovere essere condannata e respinta ad ogni costo.

E si noti che - per parlare di casa nostra - per quanto la nuova legge Italiana abbia cercato di frenare e disciplinare l'accettazione dei malati, pure la base della procedura attuale è pur sempre per necessità il certificato medico; il quale è rimasto quello che era. Unica novità è che esso capita prima in mano al magistrato, il quale lo apprezza e su di esso si basa per emettere l'ordinanza di accoglimento. Non sappiamo però con quanta competenza un pretore od un giudice possa decidere sulla importanza e sul valore di un atto che se ha consistenza legale è solamente ed esclusivamente medico.

Quindi il dottor H o s p i t a l avrebbe ragione anche in Italia e forse anche in qualche altro paese.

ALBERTI

Digitized by Google

L u d w i g. — Ueber die Auflage besonderer Speisesäle in den öffentlichen Irrenanstälten. - *Allg. Zeitschr.* 1904 p. 169.

L'autore raccomanda specie pei malati cronici la istituzione di speciali refettori indipendenti dai riparti, meglio se vicini alla cucina centrale, collegati alle Sezioni degli agitati con un corridoio sotterraneo (!). Essi oltre offrire maggior comodità di servizio, concedono ai malati più grande libertà di movimento.

« Mentre il malato abbandona il soggiorno abituale del riparto più o meno chiuso per portarsi al refettorio esterno, già per via il corso uniforme delle sue idee viene beneficamente interrotto. Egli è sottratto a tutti quegli stimoli che lo eccitano morbosamente, a tutti gli incidenti spiacevoli che la vita quotidiana con un riparto troppo spesso affollato porta necessariamente con sè, per trovarsi esposto, in un ambiente più simpatico, a stimoli nuovi, di tutta altra natura. La sola vista della sala gli richiama serene immagini del tempo in cui era sano ed esercita sul suo umore una favorevole influenza » (!)

A queste più o meno vere considerazioni se ne aggiungono di igieniche e amministrative; per l' economia dell' istituto è di grande valore la facilità e la sicurezza del controllo; evitando il trasporto dei cibi dalla cucina ai riparti e viceversa si ha minor sciupio di stoviglia.

MUGGIA

Digitized by Google

XII Congresso della Società Freniatrica Italiana

Dal 18 al 22 Ottobre u. s. ebbe luogo in Genova il XII Congresso della Società Freniatrica Italiana coll'intervento di un gran numero di Soci e di Cultori di scienze mediche, neurologiche e sociali, specialmente della stessa città di Genova e della vicina Torino, attratti dalla importanza del Congresso, quale era da attendersi anche dalla semplice enunciazione dei temi generali e delle comunicazioni correlative.

Come era da prevedersi, fu nominato presidente del Congresso l'illustre Prof. E. Morselli, il quale la mattina del 18, dopo il discorso del Presidente della Società Prof. Tamburini, fece il discorso inaugurale dal titolo: *Psichiatria e Neuropatologia*, la cui elevatezza fu pari alla fama del chiarissimo Alienista genovese.

Lo svolgimento del Congresso ebbe principio nel pomeriggio del giorno 18 stesso.

PRIMA SEDUTA

Tema generale

Donaggio (Reggio Emilia) riferisce *sulle vie endocellulari di conduzione nervosa.* Speciali colorazioni elettive dimostrano la presenza di fibrille nell'interno delle cellule nervose dei vertebrati. Le colorazioni elettive usate e proposte dal relatore dimostrano che la elettività può essere spinta fino al punto di rendere le fibrille suscettibili di essere colorate da una sola sostanza. Le fibrille occupano tutto il corpo cellulare, non già soltanto gli interstizi della sostanza cromatica; si seguono in tutti i prolungamenti, protoplasmatici e cilindrassili.

È indiscutibile l'esistenza di un reticolo fibrillare endocellulare, reticolo, non nel senso di semplice intreccio, ma di vera e propria anastomosi delle fibrille tra loro, come il relatore ha potuto dimostrare fino dal 1896, e come recenti ricerche, per quanto in modo incompleto (Cajal e altri), confermano. Oltre al reticolo fibrillare, esistono nella cellula nervosa fibrille lunghe attraversanti la cellula, specialmente alla periferia (A. Bethe). Che anche le fibrille lunghe si anastomizzino fra di loro, non si può affermare in modo assoluto.

Digitized by Google

Il relatore (come già si espresse nel 1900) propende a ritenere che le fibrille attraversino l'elemento cellulare senza perdere la propria individualità. Il metodo Cajal, che lascia spesso perplessi sull'esistenza dello stesso reticolo endocellulare, non è certamente il più adatto a render conto dell'anastomosi delle fibrille lunghe. Le fibrille lunghe rappresentano un sistema caratteristico, che si riscontra in cellule di forma e di volume svariati, ma può mancare del tutto in certi elementi cellulari; questo sistema si colloca in parti diverse della cellula (contemporaneamente, e esclusivamente, alla periferia, nella porzione media o in quella centrale dell'elemento cellulare). Secondo le osservazioni del relatore, il reticolo fibrillare endocellulare forma spesso attorno al nucleo uno speciale addensamento (cercine perinucleare).

Esistono elementi forniti esclusivamente di un sistema fibrillare, ossia del solo reticolo fibrillare endocellulare (1° tipo); ed elementi forniti di due sistemi fibrillari, ossia del reticolo fibrillare endocellulare e delle fibrille lunghe (2° tipo). Il reticolo fibrillare endocellulare è in rapporto di continuità col prolungamento cilindrassile. Questo rapporto si verifica in vari modi (origine del cilindrasse dalla periferia del reticolo o da addensamenti che si estendono al reticolo endocellulare e talora raggiungono il cercine perinucleare). Il prolungamento cilindrassile accoglie elementi fibrillari sopratutto dal reticolo endocellulare, limitatamente dalle fibrille lunghe. Dal punto di vista fisiologico, accolta l'ipotesi che le fibrille, messe in evidenza dalla colorazione elettiva, siano destinate a trasmettere gli stimoli, rappresentino vie di conduzione nervosa (ipotesi appoggiata, tra l'altro, dal fatto dei rapporti di continuità tra reticolo fibrillare endocellulare, fibrille lunghe e fibrille del prolungamento nervoso), il reticolo fibrillare endocellulare, al quale fanno capo fibrille da tutti i prolungamenti, rappresenta probabilmente un apparato di ricezione e di sintesi degli stimoli (ipotesi espressa dal relatore nel 1901). Resta immutata la conclusione formulata dal relatore al Congresso internazionale di Torino (1901) e dal Cajal di nuovo formulata recentemente: che, cioè, la dimostrazione del reticolo fibrillare endocellulare toglie valore ai dati fondamentali della teoria di A. Bethe (assenza di reticoli fibrillari nell'interno della cellula, esclusiva presenza di fibrille lunghe e indivise decorrenti sopratutto alla periferia cellulare, limitazione della importanza funzionale della cellula al semplice officio di zona di passaggio delle correnti nervose). La cellula, punto di ritrovo di un'enorme quantità di fibrille anastomizzate, va considerata contrariamente alle conclusioni del Bethe, come un elemento dotato di alta importanza funzionale. Stando all'ipotesi sul valore delle fibrille come via di conduzione, e riferendoci ai due tipi morfologici accennati nella conclusione 7ª, potremo ammettere due tipi cellulari di diverso significato fisiologico: l'uno fornito di un solo sistema di conduzione (dato dal reticolo fibrillare), l'altro di due sistemi di conduzione (dati dal reticolo fibrillare e dalle fibrille lunghe).

Le varianti morfologiche del reticolo fibrillare endocellulare, dovute anche alle modalità diverse con le quali le fibrille dei prolungamenti protoplasmatici si mettono in rapporto col reticolo stesso, e alla modalità di origine delle fibrille del prolungamento cilindrassile (dalla periferia, dalla por-

Digitized by Google

zione media, dal centro della cellula), gli orientamenti diversi e talora caratteristici di queste che per ipotesi chiamiamo vie di conduzione intracellulari, probabilmente corrispondono a varianti nel meccanismo fisiologico cellulare.

Fragnito (Napoli) riferisce *sulle vie extra-cellulari di conduzione nervosa*. Le vie di conduzione nervosa extra-cellulare (fibre nervose) non si possono considerare, dal punto di vista della loro origine, quali appendici delle cellule ganglionari; ricerche istologiche e sperimentali concordano nell'assegnare loro una genesi autonoma.

Non è ugualmente dimostrata la esistenza di fibre che, a completo sviluppo, terminerebbero, secondo l'ipotesi del Nissl, liberamente con i due estremi, senza che alcuno di essi metta capo ad una cellula ganglionare. Se si può ritenere dimostrata negli invertebrati la esistenza del così detto *Neuropil*, specie di rete extracellulare costituita dall'anastomosi di neofibrille provenienti da varî elementi nervosi, non si può dire altrettanto per i vertebrati. La questione dei rapporti tra elemento ed elemento nervoso, nei vertebrati al termine dello sviluppo, è ancora molto oscuro. Giudicando per analogia con quel che si verifica negli invertebrati, si sarebbe portati ad ammettere anche nei vertebrati un rapporto di continuità. Tuttavia una prova definitiva non può dirsi ancora fornita.

Sui precedenti temi generali prendono la parola Lugaro e Colucci ai quali rispondono Donaggio e Fragnito.

COMUNICAZIONI

La Pegna (Napoli) *Osservazioni embriologiche fatte sul pollo al 3° e 4° giorno di incubazione per mezzo del metodo di Ramon y Cajal.* Ammette come indubbia la costituzione pluricellulare di entrambe le radici, sensitiva e motrice. La radice motrice si formerebbe più tardi di quello che si suole ammettere e avrebbe costituzione pluricellulare tanto nella porzione extramidollare che nella intramidollare. La apparizione delle neofibrille sarebbe assai tardiva: prima del decimo giorno non è possibile vederne nelle cellule.

Lugaro (Firenze). *Sui metodi di dimostrazione delle neurofibrille* (con dimostrazione di preparati). Ha studiato comparativamente i risultati che si ottengono con diversi metodi di colorazione delle neurofibrille. In base a questo studio è venuto alle seguenti conclusioni: Nessun metodo mette in evidenza esclusivamente fibrille indipendenti. Il metodo di Bethe permette di constatare strutture reticolate in ogni sorta di cellule del midollo; e non solo nelle parti centrali della cellula, ma anche nelle parti superficiali, ove dovrebbe avvenire il passaggio di fibrille indipendenti da un dentrite all'altro.

Neppure il metodo di Donaggio, che dà immagini più fini e più complete, permette di constatare l'esistenza di fibrille indipendenti. Esaminando a piatto le parti superficiali delle cellule, si osserva sempre una struttura reticolata. Anche nei dentriti, non ostante le apparenze sommarie di una

Digitized by Google

fibrillatura parallela, si può constatare l'esistenza di anastomosi longitudinali ad angolo acuto. Lo stesso avviene nel tratto di origine del cilindrasse. Nei cilindrassi, la struttura compatta non permette osservazioni del tutto decisive; resta più verosimile peraltro che anche in esso le fibrille non siano del tutto indipendenti. L'universalità della struttura reticolare si constata nel miglior modo col metodo all'argento colloidale. In nessun caso e in nessuna parte vi è struttura a fibrille parallele e indipendenti, ma tutt'al più struttura reticolata a maglie allungate con trabecole longitudinali più grosse e più evidenti. Con nessuno dei metodi dall'O. adoperati si possono dimostrare connessioni fibrillari tra cellula e cellula. I varî metodi differiscono tra di loro in quantochè le strutture messe in evidenza da alcuni di essi sono più semplici e costituite da filamenti più grossi. L'apparente indipendenza che qua e là si osserva nelle fibrille più grosse è data verosimilmente da un'azione agglutinante dei reagenti e da mancata colorazione di fibrille secondarie. Nessuna imagine verosimilmente corrisponde esattamente alla struttura vivente; e i risultati dei metodi citologici debbono essere considerati sempre con rigoroso relativismo. Non si può disconoscere che debba esistere una qualche struttura preformata reticolare, ma tuttavia si deve ammettere che la sostanza conducente è eminentemente plastica ed alterabile. Dal punto di vista fisiologico non si possono ammettere conduzioni isolate in fibrille isolate, ma conduzioni più o meno diffuse con minore resistenza in certe determinate direzioni segnate dal decorso delle fibrille e in relazione col loro spessore.

Lugaro. *Una prova decisiva nella questione della rigenerazione dei nervi* (con dimostrazione di preparati). Alle esperienze sinora fatte da varî autori, e sopratutto da Bethe, a sostegno della rigenerazione autogena dei nervi si può sempre obiettare che trovandosi i nervi sottoposti ad osservazione in mezzo a tessuti normalmente innervati, è possibile che da questi tessuti penetrino fibre nel nervo degenerato, simulando così una autorigenerazione. In base alle proprie esperienze praticate in cani e gatti giovani che dettagliatamente descrive, l'O. è indotto a ritenere che nei nervi periferici la rigenerazione autonoma non esiste.

Besta (Reggio-Emilia). *Rapporti mutui degli elementi nervosi embrionali e formazione della cellula nervosa* (con dimostrazione di preparati). L'O. ha ottenuto risultati del tutto differenti da quelli di La Pegna, non ostante abbia eseguito le esperienze collo stesso metodo e sullo stesso materiale. Le fibrille si possono già constatare nei neoroblasti midollari tra la 65ª e la 75ª ora. Ogni cellula gangliare si sviluppa da un solo neuroblasta. Tra il 5° e il 6° giorno i varî elementi nervosi sembrano fondersi dando luogo a una rete nervosa diffusa in cui le cellule perdono la loro individualità. La riacquistano più tardi, e all'8° e 9° giorno le cellule hanno abbondante protoplasma ricco di neurofibrille.

Sulla comunicazione di Besta prende la parola Fragnito.

Pighini (Reggio-Emilia). *Sulla origine e formazione degli elementi nervosi negli embrioni diselacei* (con dimostrazione di preparati). Nelle prime fasi di sviluppo tutte le cellule neuroblastiche hanno struttura uguale: sono ovali, bipolari e disposte in catena. Si trovano poi in connessione con altre

Digitized by Google

catene laterali destinate ai nervi periferici. Ha osservato raggruppamenti di neuroblasti e ne trae argomento per confermare la tesi dell'origine pluricellulare della cellula nervosa.

Modena (Ancona). *La degenerazione e rigenerazione del nervo periferico in seguito a lesioni.* Sostiene che nel moncone periferico di un nervo reciso si manifestano fenomeni rigenerativi anche se esso è interamente separato dal moncone centrale; il nuovo cilindrasse si formerebbe per differenziazione del protoplasma dalle catene cellulari; tuttavia senza l'influenza del moncone centrale non è possibile una rigenerazione totale e duratura.

Su questa comunicazione prende la parola Caterina.

Colucci (Napoli). *Ricerche sperimentali sui ventricoli cerebrali* (con dimostrazione dei preparati). Iniettando nei ventricoli cerebrali di cani e conigli, agar, vasellina, nerofumo, inchiostro di china, soluzioni di bleu di metilene, licopodio ecc. si provoca una sintomatologia con note caratteristiche: pose stereotipiche, ipertonia, stati catalettici provocati e spontanei. Le iniezioni di mercurio metallico determinano movimenti di *balancement* caratteristici. Istologicamente si può seguire la diffusione delle sostanze iniettate sino nei gangli spinali; nelle cellule nervose si può osservare dilatazione dei canalicoli di Holmgren. Si osservano pure proliferazioni dell'epitelio dei plessi coroidei e dell'ependima ventricolare: incistamento dei plessi con caratteristiche alterazioni dei vari strati. Gli animali operati sono vissuti anche due anni.

Sciuti (Napoli). *Sulle vie linfatiche del sistema nervoso* (con dimostrazione di preparati). Con iniezioni di inchiostro di china e di nero fumo nei ventricoli laterali si osserva nella pia un reticolo di minutissimi vasi che formano in alcuni tratti delle vere reti mirabili. Questi vasi sono molto abbondanti nelle così dette cisterne linfatiche. I cordoni posteriori ed anteriori, il corpo calloso e il centro ovale si colorano per diffusione attraverso le pareti dei ventricoli e il canale centrale. Se l'iniezione è fatta sotto la pia, i granuli si dispongono attorno ai vasi, ma non si osservano le reti vascolari su descritte. Nelle cellule nervose i canalicoli di Holmgren si presentano dilatati; ciò sta in appoggio della supposizione che essi abbiano il valore di canali endocellulari di natura linfatica.

SECONDA SEDUTA
(19 Ottobre)

Temi generali

Angiolella (Nocera Inferiore). *Le psicosi in rapporto alle fasi fisiologiche dell'organismo.* Le fasi critiche della vita, mutando le condizioni organiche e di ambiente, rendono necessari nuovi adattamenti da parte dell'organismo e specialmente del sistema nervoso, perciò in esse si ha il momento più favorevole al manifestarsi delle anomalie e dello difettosità individuali, e là dove esiste un fondo degenerativo, è precisamente questo che

Digitized by Google

vien fuori dando origine a stati paranoici o paranoidi, isterici, epilettici, mettendo a nudo le imbecillità totali o parziali, intellettuali o morali: là dove invece esiste semplice invalidità dell'elemento nervoso, si hanno forme psiconeurotiche semplici: stati di eccitamento e di depressione, o alternanti forme confusionali o sensoriali ecc. Queste forme sostanzialmente non hanno nulla di differente dalle comuni forme psicopatiche e in ognuna delle età critiche traggono soltanto da queste lo speciale colorito, la speciale impronta che non è se non il carattere proprio dell'età morbosamente esagerato. Questi caratteri secondari non sono peraltro sufficienti per fare, delle psicosi di ogni epoca critica, delle forme morbose separate e distinte, per dar base e fondamento alla creazione di veri e propri processi morbosi, ai quali manca ogni base morfologica e fisiopatologica. Allo stato attuale delle nostre conoscenze psichiatriche, è possibile soltanto indicare e classificare a seconda della forma sintomatica che rivestono, distinguendole poi per l'età e le fasi organiche colle quali sono genericamente in rapporto.

Obici (Venezia). Trattando la parte speciale dello stesso argomento svolto dall'Angiolella opina che si debbano distinguere in due ordini i rapporti fra le psicosi e l'età degli individui malati; in quelli che i vari periodi della vita hanno colla patogenesi della psicosi e in quelli che detti periodi hanno col quadro sintomatologico della psicosi stessa. L'età assume la massima importanza nella patogenesi delle psicosi quando indica o il periodo evolutivo della pubertà o quelli involutivi della menopausa e della senilità. In certe psicosi l'età è un puro elemento di concausa; ma vi sono alcune malattie mentali che si possono dire, quantunque con diversa sicurezza scientifica legate, come effetto alla causa, alle fasi fisiologiche della vita: ad es. alcune psicopatie sessuali, alcune forme della demenza precoce, la malinconia dell'età involutiva e le svariate forme della demenza senile.

Discussione. — Angiolella insiste sulla importanza etiologica dell'elemento endogeno, la reazione abnorme e degenerativa del cervello alle cause comuni. L'autointossicazione è una pura ipotesi. Se in individui diversi il sistema nervoso reagisce in modo diverso dalla stessa causa, devesi ammettere la diversa costituzione individuale del sistemo nervoso. Di processi nervosi nettamente caratterizzati non esiste che la paralisi progressiva. Non vi è ragione di distinguere le psicosi legate con le crisi dell'età pur ammettendo delle differenze cliniche legate all'età. Nega che la demenza precoce possegga i caratteri delle psicosi tossiche. Per riunire in un'unica forma maniaco-depressiva la mania e la malinconia bisognerebbe dimostrare uguale il fondo predisponente e le cause esterne. Conclude che la massima importanza patogenetica va attribuita all'elemento degenerativo e predisponente.

Brugia sostiene che l'esistenza di una causa capace di produrre primitivamente e rapidamente la demenza è un carattere così particolare da giustificare la separazione della demenza precoce in malattia autonoma.

Bianchi insiste sul fatto che una stessa causa può determinare sintomatologie diverse. Non si può quindi basare una classificazione sull'elemento causale. D'altra parte l'anatomia patologica non ci dà ancora elementi sufficienti di distinzione. Le malattie non possono oggi essere distinte che per la

Digitized by Google

nosografia: anch' essa varia individualmente per ciascuna forma; solo le linee generali dei quadri possono servire di guida. Più che all' influenza dell' età si deve dare importanza all' elemento psicologico individuale; si deve cioè porre in rapporto la varietà delle forme cliniche colle circostanze individuali di vita che dànno origine a un contenuto mentale diverso.

Per ben definire una forma clinica se ne devono seguire tutte le fasi; ma la massima importanza spetta ai sintomi iniziali. Da questo punto di vista sostiene la individualità clinica della frenosi sensoriale, nella quala i fenomeni allucinatorî sono primordiali e determinano secondariamente i disturbi affettivi e i delirî. Respinge il concetto Kraepeliniano della demenza precoce; in questa forma sarebbero riuniti casi di malattie diverse. Con la demenza precoce si è arricchita la terminologia di un altro nome inutile.

Morselli rivendica alla sua scuola un indirizzo eclettico, clinico, analitico; metodo che ha già dato luogo alla creazione di molte forme cliniche che sembrano fra loro ben distinte. Ma non può accettare il lavoro di sintesi fatto da Kraepelin rispetto alla demenza precoce; sopratutto non accetta la paradossale ampiezza attribuita da alcuni seguaci di Kraepelin alla demenza precoce. Ammette le forme puberali, ma nega che le forme paranoidi e tardive abbiano affinità con esse.

Tambroni. Non trova giusto ciò che dice Angiolella, che cioè ad una forma mentale (ad es. la demenza precoce) debba negarsi la indipendenza nosografica quando non se ne conoscano l' etiologia e l' anatomia patologica; ad altre forme (ad es. l' isterismo) questa indipendenza si accorda non ostante che nulla da alcuno si sappia dal punto di vista etiologico e anatomo-patologico. Una forma ha diritto alla sua distinzione nosografica anche soltanto quando è rappresentata da una sintomatologia costante, fondamentale che la caratterizza, come avviene, secondo l' O., per la demenza precoce. Indipendentemente da questo poi, sembra all'O. che il merito principale di Kraepelin nella questione della demenza sia quello di avere definitivamente dato il bando alla *demenza secondaria*, che portava immensa confusione nella psichiatria italiana. Ormai tutti o quasi tutti sono convinti che non può più assolutamente parlarsi di una *demenza secondaria*. Se le allucinazioni e le idee deliranti possono, come credono il Bianchi e il Morselli, essere fattori dissolventi della mente umana, non è detto che quei fenomeni rappresentino la causa fondamentale della demenza classica, che per l' O. è sempre primitiva. Detti fenomeni non sono chs sintomi di detta forma. Non sembra all' O. corrispondere al vero ciò che dice il Morselli, che cioè in Italia la parola *demenza* abbia voluto sempre significare forma mentale inguaribile. In Italia fino a 15 o 20 anni fa si ammettevano forme demenziali primitive guaribili e inguaribili, di cui le prime forse non erano che episodî amenziali, o stati d'arresto della frenosi maniaco-depressiva. E a proposito di quest' ultima forma l'O. deve dire che non è giusto, a suo parere, negare alla frenosi maniaco-depressiva la sua indipendenza nosografica, secondo il concetto di Kraepelin, perchè un solo episodio maniaco o depressivo, che si sviluppi durante la vita del malato non gliene dà il diritto. Studiando bene questi soggetti nella loro vita passata e seguendoli in quella che tiene

Digitized by Google

dietro agli episodî maniaci o depressivi sofferti, viene spesso fatto di conoscere la loro recidività rappresentata da episodî simili o dissimili in sfumatura, che per questo non cessano di essere morbosi, o da stati affettivi particolari, che ai profani possono apparire nei confini della normalità, ma che all'alienista indagatore attento e intelligente, dànno la piena convinzione della loro vera e propria morbosità.

Lugaro, dissente dall'affermazione di Angiolella che la Psichiatria attuale possa soltanto far della semeiologia, descrivere dei quadri piuttosto che dei veri processi morbosi. Sostiene che l'anatomia patologica non sempre potrà fornire elementi diagnostici sicuri e che perciò anche al disopra del criterio anatomo-patologico deve stare il criterio etiologico e patogenetico.

Replicano Angiolella e Obici.

COMUNICAZIONI

Mannini (Quarto al Mare) *Le psicopatie che insorgono altre il 60° anno.* Porta molti dati statistici in rapporto alle varie categorie di sintomi. Accenna anche alle cause, ammettendo che in generale si tratti di cause alterne: miseria, celibato, vedovanza, arteriosclerosi, stati di esaurimento, stati cachettici ecc. L'involuzione senile sarebbe secondaria a disturbi nutritivi del cervello d'origine involutiva.

In questa comunicazione parlano Esposito, Brugia, e replica Mannini.

Pighini (Reggio Emilia). *Di una speciale forma del globulo rosso nel sangue dei dementi precoci.* (Con dimostrazione di preparati). L'O. in unione al dott. Paoli, ha applicato allo studio del sangue nelle varie malattie mentali un metodo che uno di essi (Pighini) ha recentemente descritto. Questo metodo colora nella emazia normale dei mammiferi una speciale sostanza emoglobigena la quale si presenta come un disco circolare granuloso, centrale, contornato da un anello di sostanza protoplasmatica incolore. Mentre nella maggioranza delle forme morbose mentali non trovarono nulla di caratteristico, nella demenza precoce, di cui studiarono dieci casi tipici giovanili, poterono constatare la presenza di globuli che offrivano una disposizione speciale della sostanza emoglobigena. In questi globuli essa si presenta diffusa e più specialmente a forma di anello con spazio chiaro e lucente al centro, in modo da giustificare la denominazione data di *globuli ombelicati.* Gli AA. credono potere attribuire questo reperto ad un alterato ricambio organico il quale farebbe sentire la sua azione perturbatrice sopra il tessuto sanguigno.

Su questa comunicazione prende la parola Cristiani.

Alberici (Genova). *Sulle psicosi giovanili.* Le psicosi giovanili che non hanno un fondo degenerativo e che sfuggono affatto alle ricerche anamnestiche della ereditarietà si ritengono ordinariamente espressione di invalidità. Dell'elemento nervoso - or codesta invalidità, che è spesso accettata e non discussa come elemento congenito, gli è molte volte risultato di una

Digitized by Google

stanchezza acquisita dei capo-centri del sistema nervoso - egli è appunto nei casi di stanchezza acquisita del cervello, in cui insorgendo una psicopatia questa passa rapidamente a demenza o già si inizia come tale (dementia precox) pel rapido e facile decadere degli elementi cellulari del cervello.

La pubertà psico-sessuale può talvolta precedere di molto la fisica (Moll, Abbate, Parcha etc.) Il contenuto uditivo dell'amore ed il visivo-estetico possono insorgere nella fanciullezza anzichè nella adolescenza precedendo la commozione tattile e cenestetica della sessualità; così una forma sessuale estetico intellettiva insorge prima dello sviluppo organico del sesso (precocità psichica, civiltà moderna, squisitamente intellettuale, etc.) Di qui sterili lotte del pensiero, disarmonia e stanchezza del cervello.

Nella adolescenza oltre al sorgere della novella alba: Amore, havvi anche il primo e potente conflitto dell'individuo colla universalità. Entrambi codesti fattori sono espressione di un unico e grandioso dramma psicologico: la lotta dell'uomo coll'universo. Si scolorisce il pretto carattere egoistico e l'individuo si eleva alle più alte comunioni col tutto, cercando tutto intuire ed abbracciare. In questa lotta titanica se fa difetto o un forte potere di critica che elevi nelle alte sfere della ragione, o una fede indiscussa, elemento eminentemente tranquillizzatore, il lavorio mentale si risolve per lo più in una sterile lotta di contraddizione e di errori, cui fa seguito l'esaurimento e la stanchezza del viscere pensante.

Su questo fondo acquisito di stanchezza del cervello, ogni psicopatia della giovinezza, passa assai facilmente a demenza.

Su questa comunicazione parla Angiolella e replica Alberici.

Burzio (Torino). *Studi clinici ed anatomo-patologici sulla paralisi giovanile* (con dimostrazione di preparati). Riferisce sopra tre casi, facendo rilevare che nella paralisi generale giovanile predominano clinicamente fenomeni somatici e sopratutto spinali. Dal lato anatomo-patologico si riscontra degenerazione delle fibre tangenziali, meningo-encefalite, ependimiti, lesioni spinali, sclerosi ecc. Il cervello dei giovani si comporterebbe diversamente da quello degli adulti, specialmente riguardo alla reazione sclerotica.

Su questa comunicazione parlano Tambroni e Bianchi e replica Burzio.

TERZA SEDUTA
(20 Ottobre)

Tema generale

Negro (Torino). *Il concetto attuale delle malattie sistematiche del midollo spinale.* L'O., dopo avere riassunto le cognizioni attuali in proposito, giunge alla conclusione che la teoria dei neuroni è quella che tuttora si presenta più conciliabile coll'anatomia patologica e colla clinica delle degenerazioni secondarie cellulari. Alcune malattie del midollo spinale presentano degenerazioni della sostanza bianca specialmente in un sistema di fibre, alle quali si aggiungono come fatto casuale degenerazioni di altri sistemi.

Digitized by Google

Questo tipo di degenerazioni il relatore chiama *fascicolari combinate*. Altre malattie che egli chiama *sistematiche combinate* presentano contemporaneamente e con la stessa intensità degenerazioni combinate in parecchi cordoni midollari. Le prime non costituiscono entità morbose autonome, le seconde invece si distinguono nettamente sia per il criterio anatomo-patologico che per quello clinico. Le malattie sistematiche del midollo sono di natura degenerativa, non infiammatoria; per alcune di esse appare probabile il fattore etiologico infettivo o tossico, il quale non agirebbe come causa diretta, ma come momento predisponente. Per altre forme l'eredità sembra che costituisca un fattore etiologico importante. Il tipo delle degenerazioni sistematiche primarie del midollo è la sclerosi laterale primitiva (paralisi spinale spastica di Erb-Charcot), la quale ha clinicamente e dal punto di vista anatomo-patologico, il diritto di essere considerata come una entità morbosa.

COMUNICAZIONI

Donaggio (Reggio Emilia). *Aspetto delle degenerazioni delle fibre nervose, colorate positivamente, nel midollo spinale di alienati e di animali, intossicati sperimentalmente* (con dimostrazione di preparati). Si possono produrre sperimentalmente delle lesioni primarie che corrispondono esattamente per la loro topografia alle degenerazioni sistematiche secondarie. Anche negli alienati si osservano, accanto a degenerazioni diffuse, degenerazioni primarie sistematizzate, variamente combinate. Esaminando col suo metodo il midollo spinale di alienati, ha potuto convincersi che molte di quelle lesioni che si considerano generalmente come funzionali hanno invece un evidente substrato anatomico.

Su questa comunicazione parlano Lugaro, Colucci, Tanzi e replica Donaggio.

Lugiato (Padova). *Degenerazioni secondarie sperimentali (da strappo dello sciatico) studiate col metodo di Donaggio per le degenerazioni* (con dimostrazione di preparati). Il metodo di Donaggio dà risultato positivo molto prima di quello di Marchi, e parimenti molto prima di quello di Marchi cessa di dare la sua reazione. Serve quindi a sorprendere più precocemente la degenerazione. Impiegando contemporaneamente i due metodi, si può determinare l'età della lesione. In seguito allo strappo dello sciatico coi suoi gangli e le sue radici, primo a degenerare (dopo 31 ore) è un piccolo fascetto situato parallelamente al setto mediano e che potè, con l'esame seriato, essere messo in continuità colla più bassa tra le radici strappate (la sacrale). Nella maggioranza dei casi la lesione è unilaterale (13 casi su 16), nei tre di lesione bilaterale la lesione dal lato opposto allo strappo era dovuta a complicanze. Primo a presentare la caratteristica resistenza ai decoloranti pare sia il cilindrasse: successivamente la guaina mielinica. La perdita di questa proprietà avviene in modo più irregolare.

Su questa comunicazione parlano Colucci e Donaggio.

Digitized by Google

Stefani e **Ugolotti** (Colorno). *Intorno all' adattamanto di alcune azioni nervose elementari.* L'azione dell'atropina e della pilocarpina sulla pupilla e quella vago-cardiaca dell'atropina si prestano in modo speciale per essere tradotte in grafiche. Si osserva che l'andamento della dose abbrevia il tempo di latenza, accelera la linea di ascesa, aumenta l'altezza, rallenta la linea di discesa. L'aumento dell'età determina allungamento di tempo di latenza, rallentamento della linea di ascesa e di quella di discesa. Per avere la stessa durata di azione complessiva, bisogna adoperare nel neonato una dose 10 volte maggiore che nell'adulto; per avere lo stesso tempo di latenza una dose mille volte più piccola. L'adattamento è di natura strettamente cellulare. La capacità di adattamento varia secondo l'azione biologica che si fa oggetto di studio secondo l'età e altre condizioni. Il decorso dell'adattamento può essere ostacolato o impedito dalla insorgenza di fenomeni che sembrano dovuti a fatica. Sospesa l'azione dello stimolo, la reazione riacquista la forma primitiva.

Morselli A. (Genova). *Contribuzione clinica allo studio della distrofia muscolare progressiva infantile.* Presenta un ammalato di paralisi pseudo-ipertrofica di Duchenne. Richiama l'attenzione sul gentilizio (4 fratelli presentarono fatti amioastenici) e sul substrato miopatico che si riscontra nel suo caso.

Su questa comunicazione parlano Medea e Bianchi.

Cantù (Genova) presenta *un caso di sclerodermia* nel quale le alterazioni cutanee si presentarono subito dopo un grave trauma psichico. Espone le ragioni per le quali è indotto ad ammettere una relazione di causa ad effetto fra la commozione psichica e l'affezione della pelle, e discute il probabile meccanismo patogenetico di questa peculiare forma morbosa dovuta ad un' *angiotrofoneurosi* determinata da uno stato morboso tossico, conseguenza, a sua volta, di alterata funzione del sistema nervoso centrale.

Su questa comunicazione prende la parola Bianchi, replica Cantù.

Mariani (Genova). Presenta *un caso di idrocefalo congenito* importante per i fenomeni colvulsivi e spastici che comparvero nel decorso della malattia e che in gran parte scomparvero dopo una puntura lombare con evacuazione di circa 70 cmc. di liquido, che presentava i caratteri di tenue essudato, verosimilmente di natura tubercolare per meningite sovraposta. Verosimilmente i fenomeni convulsivi debbono porsi in rapporto con l'aumento della pressione intracranica.

Modena comunica un caso di *paralisi spastica famigliare* a forma cerebro-spinale.

Ceni (Reggio-Emilia). *Sulla natura e specificità dei principî tossici del sangue degli epilettici.* In condizioni speciali il siero degli epilettici acquista proprietà ipertossiche. Tali condizioni sono gli stati di esacerbazione del male, il così detto *status epilepticus.* Richiama l'attenzione su un carattere importante di questo siero, che, secondo l'A., non può essere considerato che come causa diretta dell'epilessia, vale a dire sul fatto della sua assoluta specificità per l'uomo, mentre negli altri animali non produce reazioni diverse da quelle provocate da iniezioni di siero umano comune.

Digitized by Google

Su questa comunicazione parlano Catola, Ferrari, Mannini e replica Ceni.

Poli (Genova). Presenta *un caso di sindrome di Avellis*, atto a dimostrare che l'innervazione del velopendolo dipende dallo spinale e non dal facciale.

TEMA GENERALE

Belmondo (Padova). *Problemi urgenti di tecnica manicomiale* (*restraint*, *isolamento*, *osservazione*). È incondizionatamente partigiano del *no restraint* assoluto: i mezzi di contenzione debbono essere sostituiti dalla sorveglianza di un personale idoneo ed in numero sufficiente e dall'impiego di opportuni calmanti, primo fra tutti il bagno tiepido prolungato e ripetuto. Solo gravi lesioni fisiche possono richiedere l'uso temporaneo di qualche mezzo di fissazione. Dell'*isolamento* deve farsi un impiego limitatissimo nella cura delle malattie mentali; esso non deve mai prolungarsi per tutto un periodo di 24 ore; non deve essere impiegato di giorno per ammalati semplicemente clamorosi, e deve essere vietato in tutti i casi di confusione mentale grave. Affinchè però questi principî possano essere sinceramente ed egualmente applicati è necessario che in tutte le nuove costruzioni manicomiali o nei radicali restauri che fossero intrapresi, si abbandoni il vieto e deplorevole tipo di padiglioni per agitati, che si riassume in un corridoio fiancheggiato da una lunga fila di celle, le quali molte volte, per l'affollamento del Manicomio, devono essere tenute occupate, quand'anche il Direttore non riconosca applicabile l'isolamento per un gran numero dei suoi malati. Dovranno invece essere nei padiglioni per agitati parecchie sale di riunione, refettori e dormitori di mediocre grandezza, perchè si possano variamente separare in più gruppi gli ammalati: le stanze di separazione saranno ridotte al minor numero possibile e distribuite in prossimità delle sale di soggiorno e dei dormitori, in modo da permettere una efficace e quasi ininterrotta vigilanza. Si dimostra recisamente contrario alle « *Sezioni d'osservazione* » stabilite colla Legge 14 Febbraio 1904, perchè non permettono la razionale suddivisione dei degenti, moltiplicano senza ragione il numero dei comparti in cui è necessaria la guardia continua, implicano un disagio notevole per coloro che sono accolti in istato di tranquillità, accentuano la separazione dell'alienato da ogni altra categoria di ammalati, contrariando gli sforzi costanti degli alienisti perchè la pazzia sia finalmente compresa e trattata come una forma morbosa, peculiare finchè si voglia, rientrante però sempre nel campo della Neuropatologia.

Tamburini (Reggio-Emilia). Conviene con la maggior parte delle conclusioni de Belmondo specialmente per quel che riguarda la riduzione dei mezzi coercitivi e l'istituzione delle sezioni di sorveglianza. Non può convenire sull'abolizione dei *comparti d'osservazione* e difende in proposito la legge. I comparti d'osservazione funzionano da tempo e con vantaggio a Reggio-Emilia. La questione più grave è quella del tempo di permanenza in questi comparti, che dovrebbe essere protratto al di là del tempo legale, come si fa nella Clinica di Firenze.

Digitized by Google

Tambroni (Ferrara). Non può che confermare le conclusioni della sua relazione presentata al Congresso di Ancona. L'esperienza di molti anni trascorsi in mezzo a malati di mente lo ha convinto che la contenzione indiretta è talvolta preferibile a quella diretta, a mezzo di infermieri, perchè ottiene più facilmente e più presto lo scopo, evitando lotte penose e pericolose, e che essa in molti casi esercita una vera e propria azione curativa. La contenzione indiretta dovrà essere applicata soltanto nei casi eccezionali, dovrà essere blanda, temporanea e ordinata sempre dal medico, nel che dunque si trova d'accordo col Tamburini. Il Belmondo dice che alla agitazione degli alienati può essere efficacemente provveduto con bagni tiepidi prolungati e con la somministrazione di sostanze chimiche; ma, se ciò talvolta è possibile, è pur vero che spesso anche i bagni prolungati (sia pure per giorni interi, come suol farsi ad es. nella Clinica di Heidelberg) e gl'ipnotici e sedativi in uso non riescono in tutti i casi e sempre a fare ottenere la calma dei malati. Talvolta anzi, p. es. dopo 4 o 5 ore dalla somministrazione della iosciamina, l'agitazione del malato si ripresenta gravissima e imponente. L'O., sempre nell'intento di raggiungere il comune ideale e di avvicinarsi sempre più al *no-restraint* assoluto, pur lottando con le poco felici condizioni del suo Istituto, ha potuto abbassare talmente la proporzione dei malati coerciti da raggiungere anche l'uno o il due per cento. E in ciò gli è riuscita utilissima l'istituzione delle *sale di sorveglianza continua*. Per ciò che riguarda *l'isolamento*, deve, a suo giudizio, farsi una distinzione fra quello *diurno* e quello *notturno*. Per la limitazione dell'isolamento diurno divide pienamente le idee del Belmondo; non così per l'isolamento notturno, che per i malati cronici, rumorosi, violenti e non tendenti al suicidio lo estenderebbe al massimo, non costituendo esso cosa dannosa e spiacevole ai malati, ma da loro desiderata e vantaggiosa agli altri. Non starebbe quindi per una grande limitazione delle celle d'isolamento. Per ciò che riguarda i comparti d'osservazione, nel senso della Legge 14 Febbraio 1904, divide pienamente le idee del Belmondo, sempre che però venga istituita in ambedue le sezioni, maschile e femminile, una sala d'osservazione a sorveglianza continua.

Cristiani riferisce sul progressivo diminuire della contenzione nel Manicomio di Lucca. Ritiene il comparto di osservazione necessario, specialmente nei grandi manicomi.

Bianchi osserva che in certi casi la contenzione e l'isolamento sono richiesti dagli stessi malati; talvolta la contenzione giova a risparmiare le forze.

Angiolella rileva che la necessità di applicare la contenzione consegue dal difetto dei locali e dallo scarso numero degli infermieri. Un altro ostacolo si incontra nel pubblico e nei magistrati che spiegano eccessiva severità contro i medici quando cápitano degli incidenti disgraziati.

Verga esprime la sua soddisfazione per il comparto di osservazione che funziona da un anno a Mombello.

Parlano pure Scabbia, Amaldi, Antonini, Obici, Pellegrini. Replica Belmondo.

Digitized by Google

Seduta del 22 Ottobre

Morselli E. (Genova). Presenta *un caso di sindrome bulbare da sifilide cerebrale* insorta improvvisamente. Discute specialmente la diagnosi differenziale concludendo per una paralisi pseudo-bulbare apoplettoide.

Perrero (Torino) illustra *un caso di morbo di Dupuytren* in cui la retrazione dell'aponevrosi palmare era accompagnata dalla sindrome oculare di Dejerine Klumpke. All'esame microscopico del midollo si riscontrò nel tratto lombare un vero processo di siringomielia; nel midollo cervicale il processo si propagava in forma di gliosi periependimale. L'O. dà importanza alla lesione periependimale, che interesserebbe i centri trofici, ma ammette come concausa, un processo locale nell'aponevrosi palmare.

Belloni (Quarto al Mare). Presenta *un compasso calcolatore dell'indice cefalico* che si presta anche come semplice strumento calcolatore per ritrovare il rapporto percentuale tra due misure qualsiasi.

Poli (Bologna). *La cavità glenoidea dell'osso temporale nei sani di mente negli alienati e nei criminali.* La fossa glenoidea regredisce dai normali agli alienati ed ai criminali; la sua cavità diventa più piccola sino a scomparire del tutto, come nelle scimmie. Questo carattere atavico è più frequente nei criminali che nei pazzi.

Medea (Milano). Riferisce su di un caso clinico in cui si presentò apatia negativismo, trascuratezza nel soddisfacimento dei bisogni elementari, conservazione reale della memoria. Interpreta questi sintomi come dipendenti da 4 cisticerchi localizzati sulla 2ª e 3ª circ. front. di destra.

Marro (Torino). *La psichiatria nell'educazione.* Propugna la selezione degli anomali nelle scuole per tutte le forme di deficenza psichica. Fa voti perchè nei consigli scolastici sia aggregato un medico alienista, perchè si introducano nelle scuole le pratiche di idroterapia e gli esercizi ginnastici, perchè all'insegnamento della favolosa storia sacra sia sostituita l'esposizione sommaria dei grandi progressi dell'umanità, e perchè infine venga adottata la coeducazione dei due sessi.

Rubino presenta un caso di *neurosi professionale* che studia in rapporto alla Legge sugli infortuni e alle malattie del lavoro.

Ferrari (Bologna). *Organizzazione scientifica e pratica degli Istituti medico-pedagogici.* Dimostra la necessità di un ordinamento pratico di queste istituzioni, perchè non cadano nelle tristi condizioni in cui versano i manicomi. Questi Istituti debbono essere delle vere cliniche alla dipendenza dello Stato, e in esse tutti i deficienti dovrebbero soggiornare per qualche tempo per esservi classificati secondo l'utilità che da essi può trarre la società.

Cristiani (Lucca) comunica i risultati comparativi della *Custodia degli alienati omofamiliare ed eterofamiliare,* praticate presso quel Manicomio.

Colucci (Napoli). Riferisce sulla *Psicologia ad uso dei Riformatorî* e propone una organizzazione scientifica delle case di correzione che, con

Digitized by Google

l'attuale ordinamento più carcerario che pedagogico, costituiscono delle vere scuole di degenerazione morale. Propone una razionale divisione dei ricoverati secondo le loro moralità, le loro tendenze, le loro attitudini, l'abolizione della cella d'isolamento, lo studio accurato del ragazzo per parte dell'alienista, l'istituzione di *Asili di patronato* per la graduale assuefazione del corrigendo alla vita sociale, la sostituzione di Maestri alle guardie carcerarie. Per l'igiene e l'educazione la preferenza spetta al lavoro agricolo e a quello marinaro. Il lavoro deve essere un'appropriata terapica dinamica cioè di rinforzo e di derivazione delle tensioni organiche, disciplina delle abitudini, del ritmo di fronte alla prepotenza, alla fiacchezza ed alle disarmonie del temperamento.

Oliva (Mantova). Espone la necessità di affidare la direzione dei Penitenziarî a medici alienisti e chiede che il Congresso manifesti il suo voto in proposito. Il Congresso approva; e approva pure la proposta di Lombroso e Tanzi perchè sia fatto obbligo agli studenti di legge di seguire un corso pratico di psichiatria, e la proposta di Morselli perchè uno dei medici delle carceri sia un alienista nominato per concorso da una commissione competente.

Felici A. (Ancona). *Sulla convenienza della avocazione dei Manicomî allo Stato.* Dimostra come l'ordinamento dei Manicomî si avvantaggerebbe dalla dipendenza da un unico criterio direttivo: le riforme sarebbero compiute in modo più adeguato e sollecito, e sarebbero soppresse le ingiustificate differenze che nelle istituzioni per gl'infermi di mente passano fra provincia e provincia, e anche la questione finanziaria, che rappresenta un oggetto di controversi inesauribili fra medici e amministratori, verrebbe semplificata e appianata; l'esercizio di stato garantirebbe inoltre la carriera degli alienisti ed un più regolare sistema di reclutamento del personale di custodia.

Questa relazione suscitò l'interesse del Congresso, provocando una viva discussione cui presero parte Tambroni, Tanzi, Morselli E., Gonzales E., Lugaro, e dopo la quale il Congresso approvò un ordine del giorno esprimente il voto che il servizio dei Medici dei Manicomi divenga servizio dello Stato.

Cabitto (Genova). *La paralisi progressiva in Liguria durante l'ultimo ventennio.* Presenta i relativi dati statistici che dimostrano come la paralisi progressiva sia in notevole decrescenza rispetto al numero degli alienati. Dalle cifre esposte risulta anche che essa si presenta in maggiori proporzioni nei coniugati, il che l'O. attribuisce tra l'altro alle maggiori fatiche ed ansietà a cui i coniugati sono esposti a causa del maggior peso economico che grava su loro.

Su questa comunicazione parla Lugaro e replica Cabitto.

De Paoli. *Sulla presenza dei pazzi morali nei Manicomî comuni.* Accenna agli inconvenienti causati dalla presenza di questi individui, che spesso la stessa autorità non ritiene malati di mente perchè non deliranti. Essi turbano la pace degli Asili e sono cagione di molti disordini. Occorre famigliarizzare l'idea della loro idealità coi delinquenti nati e che per essi sia provveduto con appositi Asili, Manicomî criminali, Colonie ecc.

Digitized by Google

Tema generale

Antonini e **Tamburini.** *Sulla posizione che spetta al medico alienista di fronte alla legge e alla Magistratura nella questione di capacità civile.* Nell' interrogatorio dell' interdicendo dovrebbe, oltre al Pubblico Ministero, intervenire sempre un alienista, non solo come testimonio, ma come regolatore delle domande, col diritto di porre a verbale le opportune osservazioni. Anche nei testamenti contestati per vizio di mente l' intervento dell' alienista dovrebbe essere obbligatorio. Per l' esame dell' interdicendo si dovrebbe sempre usare il metodo dei testi mentali.

Discussione. Ferrai (Genova) non vorrebbe che a questo metodo fosse data una obbligatorietà che non è giustificata dalla sua importanza.

Morselli si associa all'osservazione di Ferrai, dicendo che i testi mentali rappresentano una cristallizzazione, e quindi un passo indietro nella ricerca psicologica: ogni scuola, ogni alienista ha i suoi testi mentali; e non si può impedire un formulario comune che soffochi ogni iniziativa individuale.

Tanzi propone che alle altre innovazioni progettate si aggiunga questa che cioè sia titolo all' incapacità civile non solo l' inattitudine ad amministrare i propri averi, inattitudine che spesso è indimostrabile in imbecilli ricchi e avari, ma che qualunque vizio di mente conduca allo stesso risultato: è indecente che individui deficienti, per il semplice fatto di sapere osservare il pareggio tra il dare e l'avere, conservino il diritto di governare la famiglia.

I Relatori si associano a questa proposta e la inseriscono nelle loro conclusioni.

Nell' ultima seduta del Congresso fu acclamata a sede del futuro Congresso Venezia, e furono stabiliti per esso i seguenti temi generali:

1. Le alterazioni del ricambio materiale nelle psicosi *(Rel.* Tamburini, Ceni, Catola).
2. Fisiopatologia del cono midollare *(Rel.* D' Abundo e Donaggio).
3. La nosografia delle demenze *(Rel.* Brugia, Obici e Cappelletti).
4. La frenosi maniaco-depressiva *(Rel.* Tambroni e Angiolella).
5. Il tipo del Manicomio moderno sotto il riguardo edilizio *(Rel.* Antonini, Amaldi e Belmondo).
6. I rapporti dell' alcoolismo colle neuro-psicopatie in Italia *(Rel.* Seppilli, Amaldi e Montesano).

Digitized by Google

NOTIZIE

Manicomio di Siena. — In questo Manicomio, durante il decorso quadrimestre, sono avvenute le seguenti promozioni fra il personale medico: il dott. Antonio Pisaneschi da medico assistente a medico 2° aiuto; il dott. Carlo Stiatti da medico aggiunto a medico assistente: il dott. Attilio Belardi da medico necroscopo a medico aggiunto. Tali promozioni furono fatte tutte in seguito a regolare concorso.

Manicomio di Perugia. — In seguito a collocamento a riposo dell' egregio prof. Roberto Adriani, alla direzione di questo Manicomio è stato nominato il prof. Cesare Agostini, già vice-direttore nello stesso Istituto.

Manicomio di Novara. — Dietro concorso è stato nominato Medico Direttore il dott. Rinaldo Gianotti già vice-direttore dello stesso Manicomio.

Manicomio di Ferrara. — Col primo gennaio 1905 si sono portate notevoli migliorie alle condizioni economiche dei medici assistenti. Gli stipendi che attualmente godono questi sanitarî sono: 1.° medico assistente L. 2200, e l'alloggio per famiglia; 2.° medico assistente L. 1200, oltre al vitto e all'alloggio. Nella pianta organica è stato poi aggiunto un medico destinato alla Colonia agricola, che già funziona da quasi un anno, collo stipendio di L. 2500 e l'alloggio per famiglia.

Clinica psichiatrica di Pisa. — Il Consiglio superiore della P. I. ha dato parere favorevole all'apertura del concorso alla cattedra di Clinica psichiatrica dell' Università di Pisa resa vacante per rinuncia del chiarissimo Prof. Beniamino Sadun.

Clinica psichiatrica di Sassari. — In seguito a concorso il prof. G. B. Pellizzi è stato promosso a professore straordinario di Clinica delle malattie nervose e mentali nell' Università di Sassari.

Clinica psichiatrica di Messina. — Il prof. S. Tonnini, straordinario di Clinica delle malattie nervose e mentali nell'Università di Messina, è stato promosso ordinario.

Digitized by Google

Manicomio di Bergamo. — Mentre il Dott. S. Marzocchi, direttore del Manicomio di Bergamo il 12 novembre u. s. usciva da un comparto, un alienato paranoico armato di un piccolo coltello lo assaliva all' improvviso con un colpo violentissimo diretto al collo. Fortunatamente l' esito non favorì la intenzione del malato, perchè il colpo fu deviato dalla mandibola che per prima fu colpita, e furono così evitate spiacevolissime conseguenze.

Sentiamo con piacere che il dott. Marzocchi si è ora completamente ristabilito e ci congratuliamo vivamente con lui per lo scampato pericolo.

Manicomio di Aversa. — In questo Manicomio furono nominati ultimamente quattro Medici interni senza concorso. Un tal fatto ha provocato una protesta a S. E. il Ministro dell' Interno per parte degli alienisti meridionali.

Il 20 novembre u. s. alla presenza delle Autorità politiche, provinciali e municipali, dell'on. Schanzer, direttore generale dell' Amministrazione civile al Ministero dell' Interno e deputato di Caserta, del Vescovo della diocesi, di molte signore, di medici e cittadini venne compiuta la solenne inaugurazione della prima pietra del padiglione di sorveglianza per la Sezione femminile, al quale in segno di stima e di omaggio all'illustre prof. Virgilio, dietro proposta del R.° Commissario dott. Pavone, fu imposto il nome di Sezione Virgilio. Il padiglione sarà un fabbricato a due piani, destinato per 100 malate agitate e pericolose.

Alla inaugurazione pronunciarono discorsi l'on. Schanzer, il Prelato Mons. Vento ed il R. Commissario dott. Pavone.

Manicomio di Reggio Emilia. — Nel Manicomio di Reggio, dove da un anno funziona con felicissimo successo la Scuola professionale per gli allievi infermieri e per gli infermieri in servizio, il 20 dello scorso novembre ebbe luogo l' inaugurazione del 2° anno d' insegnamento professionale per gli infermieri. Presero la parola il R. Commissario Avv. Bergonzi ed il prof. Tamburini che pronunciò un applauditissimo discorso tutto dedicato a dimostrare l' alto scopo pratico delle scuola ed i benefici effetti che da essa se ne possono trarre basandosi specialmente su quelli già ottenuti con un solo anno di insegnamento.

Società Frenatrica Italiana. — Uniformandosi al deliberato preso nel XII° Congresso adunatosi in Genova nell' ottobre u. s. si sono già riuniti i soci di parecchie Sezioni regionali per la scelta del loro presidente.

Finora a noi sono note le seguenti elezioni:

Sezione Lombarda: pres. dott. Gonzales — segr. dott. Medea.

Sezione Veneta: pres. prof. Belmondo — segr. dott. Lugiato.

Sezione Emiliana: In seguito a rinuncia del chiarissimo prof. Roncati, eletto presidente nella prima seduta di questa Sezione, i soci convocati nuovamente elessero all' ufficio di presidente il prof. R. Brugia che a sua volta nominò segretario il dott. prof. Ferrari. Il prof. Roncati fu acclamato presidente onorario.

Sezione Toscana: pres. prof. Tanzi — segr. dott. Pugliese.

Sezione Napoletana: pres. on. prof. Bianchi.

Digitized by Google

NECROLOGIO

Nel decembre u. s. spegnevasi in Napoli la vita ancor giovane del Prof. **Pasquale Penta.**

Pasquale Penta fu uomo di vasta cultura e di indefessa attività. Insegnava da anni nella Università di Napoli Antropologia Criminale e nel campo di questa Scienza e della Psichiatria forense pubblicò numerosi ed importanti lavori. Medico del Bagno penale di Nisida raccolse interessanti note, e in un viaggio che fece per le case di pena ordinò un ricchissimo materiale che fornì tema a varie sue pubblicazioni. Nel 1898 fondò « *la Rivista mensile di Psichiatria forense e di Antropologia criminale* »: in questo giornale l'attività scientifica del **Penta** si profuse con abbondanza non solo negli articoli originali ma anche nelle copiose, esatte, dettagliate recensioni bibliografiche. **Pasquale Penta** lascia di sè, come uomo e come scienziato, memoria onoranda, non fuggevole.

L. C.

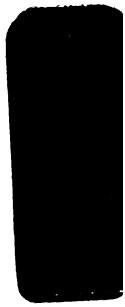
Digitized by Google

Digitized by Google

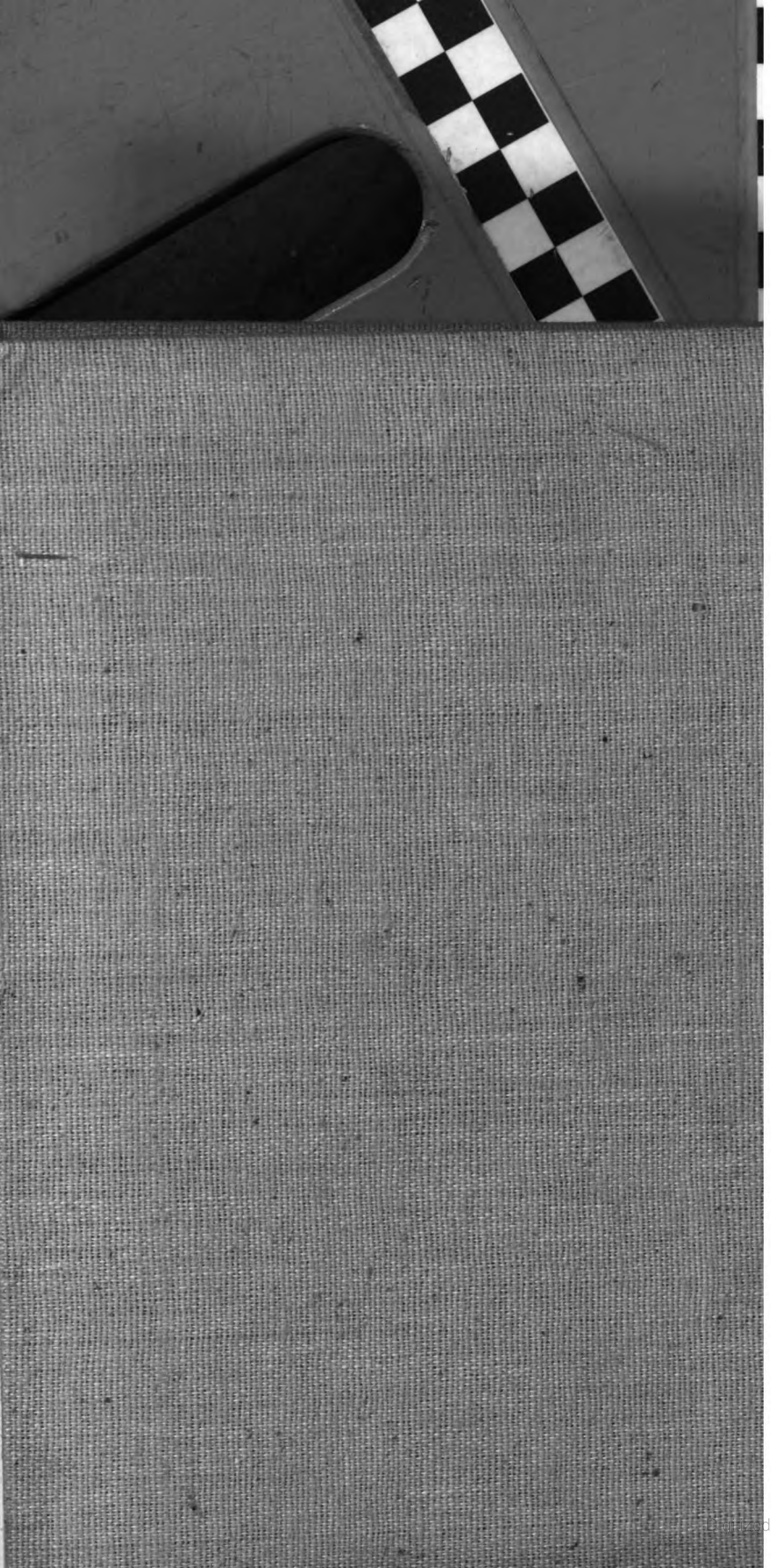
Digitized by Google

Digitized by Google

UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 07697 3950

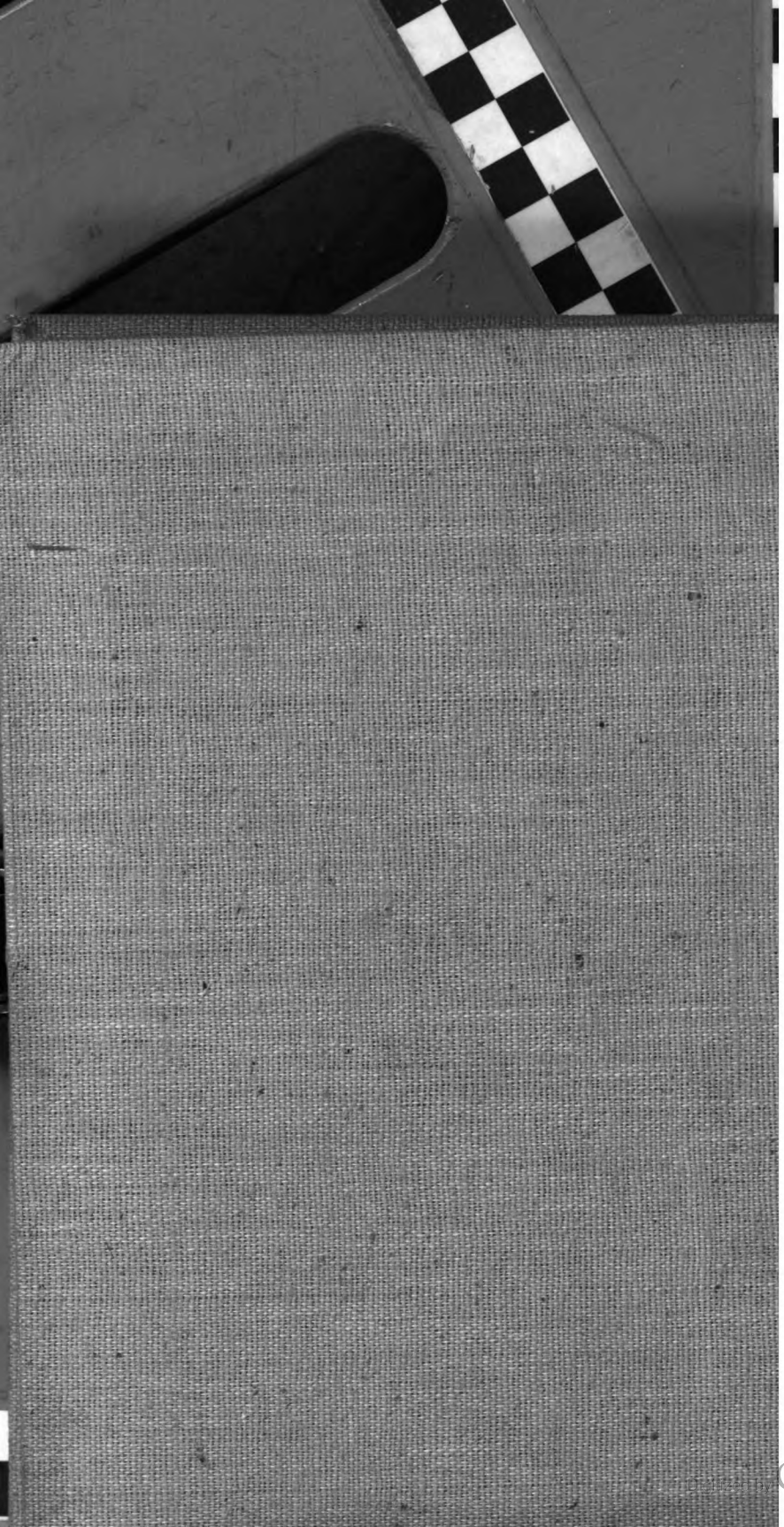


Digitized by Google



Digitized by Google

Digitized by Google



Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google